Health Canada Santé Canada

Health Policy Research
Working Paper Series

Social Capital as a Health Determinant

How is it Defined?

Working Paper 02-07
March 2003

Canada

Our mission is to help the people of Canada
maintain and improve their health.
Health Canada

This publication can be made available in/on computer diskette/large print/audio cassette/braille, upon request.

For additional copies or for an address change, please contact:

Health Canada
Policy Research Communications Unit
Tel.: (613) 954-8549
Fax: (613) 954-0813
E-mail: **rmddinfo@hc-sc.gc.ca**

This document is available electronically at the following address:
http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa

Ce document est aussi offert en français sous le titre: *Le capital social comme déterminant de la santé : Comment le définir ?*

Permission is granted for non-commercial reproduction provided there is a clear acknowledgment of the source.

The opinions expressed in this publication are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of Health Canada.

The Working Paper Series (WPS) supports evidence-based decision making by highlighting and promoting Health Canada's policy research to a broad number of policy analysts and decision makers in Health Canada and its partners in the external research community. The WPS is part of a larger policy research communications program that includes the *Health Policy Research Bulletin*.

©Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Public Works and Government Services Canada, 2003

Catalogue No. H13-5/02-7E
ISBN 0-662-32979

Health Policy Research
Working Paper Series

Social Capital as a Health Determinant

How is it Defined?

Solange van Kemenade
Policy Research Division
Strategic Policy Directorate
Population and Public Health Branch
Health Canada

This paper was completed in October 2001 and revised in July 2002.
It was accepted for publication in July 2002.

103-04976/

Acknowledgements

This research was made possible through the support of the Policy Research Division (formerly the Quantitative Analysis and Research Division), Strategic Policy Directorate, Population and Public Health Branch, Health Canada.

We wish to thank Éric Jenkins, Manager of the Analytical Studies Group of the Policy Research Division, and Marie-France Giguère, a policy analyst with the same division, who patiently read through our text and made valuable suggestions for its improvement. Jane Boswell-Purdy, another colleague in the Policy Research Division, provided access to invaluable references on social networks as health determinants as well as to her analysis on social support. Finally, Sylvain Paradis, Director of the Policy Research Division, has furthered our progress toward a more precise understanding of social determinants of health by insisting on and encouraging the need for this research, and by contributing his expertise in the health field.

Résumé

Le présent rapport résume une recherche sur le capital social que nous a confiée la Division de la recherche sur les politiques, Direction des politiques stratégiques, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada.

L'ouvrage essaie d'éclaircir la place du capital social parmi les déterminants sociaux de la santé. Pour ce faire, la première partie analyse la documentation sur les origines du concept ainsi que sur son utilisation dans le domaine de la santé. Dans la deuxième partie, le rapport distingue, dans le domaine des déterminants sociaux de la santé, quatre approches ayant des convergences avec le concept de capital social (la santé des collectivités, le capital social, les inégalités socio-économiques et la cohésion sociale). En ce qui touche le capital social, des recherches sont présentées qui montrent son incidence positive sur la santé (Kawachi et al., 1997 et 1999, Putnam, 2001).

Le rapport passe en revue de manière sommaire, dans sa troisième partie, les diverses méthodes de mesure du capital social ainsi que les indicateurs couramment utilisés dans les recherches sur le sujet. Enfin, la question de l'élaboration des politiques visant à renforcer le capital social est explorée dans la quatrième partie. Une annexe présentant les groupes de recherche et les études liés à la problématique du capital social au Canada complète le document.

Abstract

This report is a summary of social capital research commissioned by the Policy Research Division, Strategic Policy Directorate, Population and Public Health Branch, Health Canada.

The work attempts to clarify the place of social capital among the social determinants of health. The first part analyzes the documentation on the origins of this concept and its use in the health field. The second part of the report sets out four approaches in the area of social determinants of health. These approaches, which all centre on the social capital concept, are community health, social capital, socio-economic inequality and social cohesion. Research demonstrating the positive effects of social capital on health is presented in studies such as those conducted by Kawachi et al. (1997 and 1999), and Putnam (2001).

The third part of the report briefly reviews the various methods used to measure social capital, as well as the indicators commonly used in research on the subject. Finally, the development of policies aimed at strengthening social capital is explored in the fourth part. Research groups and studies linked to social capital issues in Canada are included in an appendix.

The Author

Solange van Kemenade holds a doctorate in sociology and is currently a research analyst with the Policy Research Division of the Strategic Policy Directorate, Population and Public Health Branch at Health Canada. She is interested in the socio-economic determinants of health and how these are taken into account in policy development. She is also a researcher for the Canada Research Chair in Community Development and a lecturer at the Université du Québec en Outaouais. Her doctoral and post-doctoral research has focussed on social economy, local development, North-South cooperation and new social practices in the area of international cooperation.

Contents

Introduction **1**
Objectives of Social Capital Research 1
Social Determinants of Health: Emergence of a New Paradigm? 2

Social Capital Studies **4**
Approaches and Definitions 4
Recent Studies 5
Criticism 7

Approaches Used in Studies on Social Determinants of Health **9**
The Community as a Social Determinant of Health 9
Social Capital as a Social Determinant of Health 10
Socio-economic Inequality as a Health Determinant 12
Social Cohesion and Health 13
Indexes of Well-being 15

How is Social Capital Measured? **17**
Quantitative Studies 17
Comparative Studies 17
Qualitative Studies 18
Indicators 18
What is the Valid Unit of Observation of Social Capital? 19

Social Capital and Health Policy **20**

Bibliography **21**
Web Sites Related to Social Capital 25

Appendix A **26**

Tables

Synthesis Table 1: Social Capital Definitions 7
Synthesis Table 2: Approach Centred on Community Health 10
Synthesis Table 3 Approach Centred on Social Capital 12
Synthesis Table 4: Approach Centred on Socio-economic Inequality 13
Synthesis Table 5: Approach Centred on Social Cohesion 14
Synthesis Table 6: Social Capital and Health Studies 16

Introduction

Objectives of Social Capital Research

The research commissioned by the Policy Research Division (formerly the Quantitative Analysis and Research Division) of the Strategic Policy Directorate had two objectives. The first consisted of identifying and indexing reference works on social capital issues, as well as the work of Canadian researchers in the field of social determinants of health. This report summarizes the work carried out during this first stage.

The second objective was to design a module of survey questions that Statistics Canada could use to develop health surveys or other initiatives aimed at a thorough examination of these issues. A proposal for social capital measurement indicators and certain methodological considerations are the subjects of a second report.[1]

The Strategic Policy Directorate has been interested in this topic since 1999 when it organized a meeting of Canadian community health experts. The primary goal of this meeting was to explore the possibility of including questions relating to social capital in the Canadian Community Health Survey (CCHS). Subsequently, researchers at the University of British Columbia carried out a reference analysis and produced a document that included a list of potential questions. However, because of the tight schedule and the fact that the questions required pre-testing, they were not included in the proposed survey. Neither the theme nor the questions have been revised or validated since 1999.

Since that time, other initiatives have been undertaken to evaluate socio-economic determinants of health that have recently attracted the interest of researchers. These studies are based on different conceptual frameworks and use equally diverse approaches. Among other things, there is an interest in socio-economic inequality and its effect on health.[2] in the widening gap of this inequality between or within neighbourhoods in the same city, and in strengthening the capacity of communities to improve their well-being.

The analysis of socio-economic determinants at the community level has been the subject of extensive research in the past two years. For example, a second Statistics Canada initiative will use CCHS data to examine the effects of community factors on the health of Canadians. This type of approach is also frequently used in research on the health of Aboriginal peoples and rural communities.

These initiatives are emerging in a highly favourable environment. At the national level, there is a desire to have a better understanding of the effects of social factors on Canadian society in order to develop policies that are better adapted to the new realities. This interest is reflected in the interdepartmental research initiative on social cohesion in Canada and the formation of the Social Cohesion Network.

---

[1] van Kemenade, Solange. *Social Capital as a Health Determinant: How Is It Measured?* Report prepared for the Policy Research Division, Strategic Policy Directorate, Population and Public Health Branch, Health Canada, 2003. (Report for publication submitted to the Applied Research and Analysis Directorate, Information, Analysis and Connectivity Branch, Health Canada.)

[2] Health Analysis and Modeling Group (Statistics Canada) developed the project entitled *Metropolitan Socio-economic Inequality and Population Health*, presented at the Canadian Population Health Initiative by the Centre for Health Services and Policy Research of the University of British Columbia in September 2000.

Finally, it should be noted that this research has led to the discovery of convergent initiatives in the academic world such as the social capital survey conducted by a group of researchers at the University of British Columbia.

This report begins with a presentation of the social determinants of health, which include social capital.

Social Determinants of Health: Emergence of a New Paradigm?

For many years, population health studies have concentrated on analyzing determinants from the medical and genetic fields. But as Wilkinson points out on page 2 of his work published in 1996, "neither medical nor genetic science can provide answers as to why one country is healthier than another, or why most countries gain two or three years of life expectancy with each passing decade."

It was only during the past two decades that medical science began to question the effect of factors such as income, unemployment, poverty or social networks on the health status of individuals. Researchers and health practitioners, who had been trained and made aware of the need to determine the adverse effects of chemicals or germs, realized that the social and economic structure of a society also had consequences for health. This discovery gave rise to a new approach that takes into account the interface between health and society (Wilkinson, 1996). Since this way of addressing the issue deviates from the classical approach, it may be appropriate to define it as an emerging new paradigm.

In this context, morbidity, mortality and physical disabilities, to name but a few, constituted the first generation of health indicators. For the most part, they referred to general environmental health conditions and pathogenic factors harmful to health.

Population health studies continued to evolve and subsequently incorporated non-medical indicators, more specifically, those related to the social field. These indicators refer to social and mental well-being, quality of life, life satisfaction, income level, employment and working conditions, education and other factors that had recently been found to have an effect on health (Health Canada, 1999).

Since the 1990s, there has been an emphasis on determinants and on developing indicators related to aspects of life that had not been measured to any extent until that time, and whose link with health had not been clearly specified. These are the effects that the immediate social environment (family and friends), social networks, mutual trust, civic participation, community engagement and other factors can have on the health of individuals. The majority of these indicators are associated with a microsocial scale (the community) and constitute an effort to link the individual to the social.

The growing interest in indicators in the population health field is emerging at the same time as an increasing worldwide interest in the use and viability of social indicators (Health Canada, 1999). Similarly, in industrialized countries, improved health and prolonged life expectancy of the population in general have resulted in a search for indicators that reveal more about the new living conditions.[3] Efforts have focussed on neglected factors such as personal health habits, community factors (environment, economy, society) that are likely to affect health, and factors relating to "social support," to name but a few. The rapprochement between

[3] The "healthy-life expectancy" indicator reflects this search for more adapted indicators.

sociologists and epidemiologists also explains this growing openness and interest in new health determinants on the part of the health sciences (Wilkinson, 1996).

A second tendency has been noted, one that reflects the need to link social indicators to economic, health and even environmental indicators. The aggregation of these indicators in composite indexes is an obvious indication of progress in analyzing the quality of life of a population. Examples are the GPI (Genuine Progress Indicators), developed to measure socio-economic changes in Alberta, or the Index of Social Health developed by Miringoff in the United States and adapted for Canada by Brink and Zeesman (1997). These indexes go beyond traditional economic indicators such as gross domestic product, which do not necessarily translate real needs in terms of quality of life. Other attempts of this kind will be mentioned in the section on approaches.

This report focusses on these new health determinants and indicators. Despite their differences, the concepts studied stem from a similar underlying idea. In fact, whether it is a question of social capital, community capacity or social cohesion, among others, there is a basic certainty that intangible elements affect individuals and communities, either by strengthening them or rendering them more vulnerable in the face of adversity.

With regard to social capital, the studies increasingly show that communities supported by a substantial stock of social capital have better economic and social performance (Putnam, 2000). These communities have lower crime rates, tax evasion is less common, individuals are more tolerant and good-humoured, children have a higher level of well-being and are more successful in school. The beneficial effects of social capital on health have also been highlighted in the research. It is for this reason that Health Canada is interested in new determinants that influence population health.

The first part of this report briefly reviews the approaches and definitions relating to social capital, and provides a concise description of the origins of the concept as well as pioneering studies in the field, including the criticism levelled against them. The second part focusses on other approaches that underline the importance of social factors in the health status of populations. In this context, four approaches are briefly presented: the approach centred on community health, the approach centred on social capital, the approach centred on social and economic inequality (e.g. income distribution) and, finally, the approach centred on social cohesion. Although these approaches share concepts and methods, there are certain differences among them. The third part briefly addresses the question of measuring social capital, which is the subject of a second report. Finally, the issue of developing policies aimed at strengthening or developing social capital is briefly discussed in the fourth and final part. Appendix A provides a short summary of research groups and studies linked to the field of social capital in Canada.

Social Capital Studies

Approaches and Definitions

Pioneers in the Conceptualization of Social Capital

The origins of the social capital concept date back to the 1970s and are often associated with studies conducted by Coleman (1990) and Putnam (1993). In attempting to find non-economic factors to explain the success of certain economic processes, these authors draw on concepts such as trust, participation in civil society and social networks, all of which form the "social capital" of a given community.

Putman's study, initiated in the 1970s but published in 1993, focussed on explaining the institutional performance and socio-economic development of certain regions of Italy, including their industrial productivity, while relating traditions in matters of civic engagement to relationships of power. The findings led to a classification of the regions according to their level of civic vitality and, subsequently, to the establishment of a link with their socio-economic development.

In a community, the presence of citizens' networks, such as neighbourhood associations, choirs, cooperatives, sports clubs and political parties, reflects an intense horizontal interaction. Members of these networks have a similar status in terms of power. The more prevalent these networks are in a given community, the more citizens are able to work together for the good of the community. Why do these networks of civic engagement have such a beneficial effect? Putnam evokes four main reasons (Putnam, 1993: 173–74).

- The networks constitute an obstacle for opportunists in interindividual transactions (game theory).
- The networks foster robust norms of reciprocity.
- The networks facilitate communication and thus contribute to the growth of trust.
- The networks promote the survival of the historical heritage.

Putnam defines social capital as follows:

> The characteristics of the social organization such as networks, norms and social trust that facilitate coordination and cooperation for mutual benefit. (Putnam, 1995: 67)

In *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, published in 2000, Putnam claims that there is a decline in civic engagement in American society. Americans are increasingly unlikely to belong to civil society groups such as organized bowling leagues. The result is an erosion of social capital — that is, intangible levels of trust that maintain the cohesion of societies and keep them healthy, livable and crime-free.

Putnam's study also shows the existence of higher levels of social capital in some places (the Minneapolis–Saint Paul area in Minnesota) and lower levels in others (Baton Rouge in Louisiana). This phenomenon is linked, among other things, to the historical relationship with slavery in each of these regions (Putnam, 2000), as well as the origin of their immigrant populations.

James Coleman is also recognized as a pioneer in social capital studies.[4] In his book on the foundations of social theory (1990), he associates social capital with the social relationships that are formed between individuals:

> Social capital would therefore be constituted by relationships of authority, relationships of trust and norms. [...] Like other forms of capital, social capital is productive, making possible the achievement of certain ends that would not be possible in its absence. [...] Contrary to other forms of capital, social capital inheres the structure of relationships between persons and among persons. It is lodged neither in individuals nor in physical implements of production.

Social capital theorists take the opposite position to classical and neoclassical economic theory, which assumes that society is made up of the sum of persons acting individually to achieve non-collective goals. The followers of social capital theory, on the other hand, consider that this vision is only imaginary, for people do not necessarily pursue individualist interests and neither do they act independently of each other.

In a perspective that converges with that of Putnam, Fukuyama (1997) emphasizes the cultural dimension of economic life. Specifically, culture is the source of the differences in economic performance among countries. Comparing Western countries with those of Southeast Asia, Fukuyama distinguishes two types of societies, those centred on the family and those centred on trust. In the former (China, France, Italy and South Korea), the family is the basic unit of economic organization. To some extent, it is difficult to establish firms that go beyond the strict family framework, and the state must intervene to encourage the creation of companies. Societies centred on trust (Japan and Germany) have large companies that are not family-based. Work relations in these companies are more efficient and satisfying and the work can be organized along more innovative lines.

Furthermore, social trust is the principal component of social capital. According to Fukuyama, "social capital is a capability that arises from the prevalence of trust in a society or in certain parts of it. It can be embodied in the smallest and most basic social group, the family, as well as the largest of all groups, the nation, and in all other groups in between." (Fukuyama, 1995: 26)

Recent Studies

In the past three years, the World Bank has taken an interest in social capital, chiefly because of the relationships between social capital, poverty and development. Hence, this international organization's PovertyNet site includes a section devoted to social capital.[5]

---

[4] Coleman notes that Loury (1977, 1987) first introduced the concept of social capital in the economy to determine the social resources that are useful in the development of human capital. The same author cites the works of Ben-Porath (1980), who originated the "F-connection" concept (i.e. networks made up of families, friends and firms). Most of the subsequent research uses research by Putnam and Coleman as a main reference.

[5] The World Bank's PovertyNet site is located at worldbank.org/poverty/index.htm

> According to the World Bank, social capital refers to the institutions, relationships and norms that shape the quality and quantity of a society's social interactions. There is increasing proof that social cohesion is critical for societies to prosper economically and for development to be sustainable. Social capital is not just the sum of institutions which underpin a society, but the glue that holds them together.

Social capital would therefore be associated, on the one hand, with social networks and the norms they promote (horizontal associations) and, on the other, with values and links, such as religion, ethnicity or socio-economic status (vertical associations), that transcend a community's social divisions. A broader vision of social capital takes into account the two types of associations mentioned, as well as the social and political environment that shapes social structure and helps in the development of norms.

Social capital has positive effects on production, by reducing the cost of commercial transactions, and on a population's general well-being. It facilitates coordination and cooperation. Studies have nonetheless called attention to the negative effects that certain associations based on forms of social capital may have on collective interests (World Bank, 2001; Lancy, 1997). Examples of these groups are drug dealers and the Mafia.

In the editorial of the feature issue of *Isuma* (the *Canadian Journal of Policy Research*) on social capital published in the spring of 2001, social capital is defined as the series of relationships, networks and norms that facilitate collective action. However, the editorial notes that while certain authors integrate trust into this definition, others maintain that it is important to distinguish between the nature of social capital and its effects. A second fundamental distinction noted is the one that is often made between affective social capital (bonding) and indirect social capital (bridging). The former concerns the relationships and norms that strengthen links between groups, whereas the latter establishes bridges between them.

Furthermore, the notion of social capital is closely related to the notions of social cohesion and human capital, two essential concepts in policy and policy research. It is generally agreed that social capital is both a consequence and a factor of social cohesion (Schuller, 2001).

Synthesis Table 1. Social Capital Definitions

Authors	Definition
World Bank (2001)	Social capital refers to the institutions, relationships and norms that shape the quality and quantity of a society's social interactions.
***Isuma* (2001)**	Social capital is generally defined as the series of relationships, networks and norms that facilitate collective action. The approach is heuristic rather than definitive. In other words, it encourages questions and reflection rather than providing answers. It is this heuristic quality that is the primary, very powerful advantage of the concept of social capital.
Coleman (1990)	Social capital is therefore made up of relationships of authority, relationships of trust and norms. [...] Like other forms of capital, social capital is productive, making possible the achievement of certain ends that would be unattainable in its absence. [...] Unlike other forms of capital, social capital inheres in relationships among persons. It is lodged neither in individuals nor in physical instruments of production.
Putnam (1995)	The features of social organization such as social networks, norms and social trust that facilitate coordination and cooperation for mutual benefit.
Fukuyama (1997)	Social capital is a capability that arises from the prevalence of trust in a society or in certain parts of it. It can be embodied in the smallest and most basic social group, the family, as well as the largest of all groups, the nation, and in all other groups in between.
Landry, Amara and Lamari (2001)	Social capital refers to the resources gained from participating in relationship networks that are relatively institutionalized.

Criticism

The work on social capital has elicited a certain amount of criticism, directed mainly at Putman and the research he inspired. The definition of the associationist dimension it has established is viewed as extremely limited. This dimension forms the basis for what Putnam defines as civic engagement — that is, people's participation, on a broader scale than that of politics, in the life of their communities.[6] In empirical research, the indicators of civic engagement do not take account of alternative associations or new social movements. In his thesis on the decline of social capital in the United States, for example, Putnam uses the example of declining participation over the years in traditional parent-teacher associations, without taking account of alternative parent-teacher organizations that could represent bridging social capital (Van Rooy, 2001).

Social capital research also focusses on classic forms of associationism and neglects the role of social movements. It ignores the older forms (e.g. ecological, feminist, youth and human rights movements) as well as those that emerged during the 1990s. The latter includes networks and local, regional and global social movements that have expanded as a result of new information and communications technologies. There is also a diversity of movements founded on a proactive renewal of the concept of citizenship. Examples include movements that advocate socio-economic models as replacements for the prevailing models. Among other things, these movements oppose globalization and free trade and advocate equitable commerce and the imposition of a tax on financial transactions.

---

[6] Putnam writes, "I use the term "civic engagement" to refer to people's connections with the life of their communities, not only with politics." (Putnam, 1996)

Finally, and again in relation to associationism, the research also ignores self-help groups such as Alcoholics Anonymous, Émotifs Anonymes and single-parent family groups. These groups provide important support for their members, are self-organizing and are completely independent of the public sector.

Other observations note the contrast in the conclusions that Putnam draws from his research in Italy and the United States. He emphasizes the secular sustainability in Italy of practices linked to social capital, whereas in the United States, he observes a decline in these practices that leads him to his somewhat pessimistic vision of their future.

Finally, authors such as Lenci (1997) suggest a critical reading of the use of the concept by explaining that, as it is defined, social capital could also be applied to a criminal-type organization such as the Italian Mafia.

With regard to the link between social capital and health, Pope (2000) criticizes the superficiality of the measurement of social capital in health surveys. The author emphasizes that research on social capital requires a measurement of the strength of the social links that would subsequently help determine the resources or the advantages they are likely to generate. In the current context, surveys can measure only the first aspect, thereby neglecting the second.

Approaches Used in Studies on Social Health Determinants

During the 1990s, a new wave of research was conducted in the wake of renewed interest in social determinants of health related to the interface of the individual and society. The aspects studied included the impact on health of economic inequality and of the immediate social environment (friends, family, neighbours), the effects of greater participation in community activities, and, in the case of Aboriginal communities, the threat represented by the loss of ancestral cultural values.

Four distinct approaches can be identified in this research:

- the approach centred on community health;
- the approach centred on social capital;
- the approach centred on socio-economic inequality; and
- the approach centred on social cohesion.

The Community as a Social Determinant of Health

This approach emphasizes the role of the community in improving and preserving the health status of its population. It examines the level of health in communities across Canada, and the elements they require to improve or maintain their health status. The indicators used in this approach are related to mental health, the environment, the economy and the social environment. The following are some examples: rates of alcoholism, suicide and domestic violence, as well as the loss of traditional values and customs (primarily in the case of Aboriginal communities). Concepts such as community capacity, resilience and efficacy are associated with this approach based on the broad lines of health promotion. A number of initiatives undertaken since the 1980s are consistent with this direction. Examples include Healthy Communities, Healthy Schools and Healthy Hospitals.

This approach advocates participation by stakeholders and members of the community. The latter must be empowered or participate actively. The intervention can take place within the framework of action research.

Synthesis Table 2. Approach Centred on Community Health

Authors	Frankish et al. (British Columbia group), Kulig et al. (Alberta group), researchers at the Atlantic Health Promotion Research Centre, Hancock, Labonté, Edwards
Conceptual Framework	Analyzing social determinants of health at the community level
Examples of Studies Conducted	• Studies by Kulig et al. on Alberta and Kentucky mining communities • Studies by the Atlantic Health Promotion Research Centre on rural communities • EAGLE project on four Aboriginal communities (funded by Health Canada)
Methodology	• Qualitative studies and intervention • Case studies
Indicators	Relate to mental health, the environment and the social environment of community members. Examples: • alcoholism rate; • suicide rate; and • rate of domestic violence.
Type of Intervention	Teams made up of various stakeholders and community members. Need for community empowerment. Opportunity to intervene within the framework of action research.

Social Capital as a Social Determinant of Health

Studies Linking Health to Social Capital

The use of social factors to explain community health problems is not a recent phenomenon. In his study on suicide, Durkheim had already demonstrated the importance of social integration for population well-being (Kawachi et al., 1999: 1187). In the late 1970s, longitudinal research conducted over nine years among the residents of Alameda County in the United States raised the importance of social links for the health of the population studied (Berkman and Syme, 1979; Berkman and Breslow, 1984). This research proved that persons with weak or nonexistent social links had a greater probability of dying than those with strong links.

This research, as well as subsequent studies (House, Robbins and Metzner, 1982), highlighted the close relationship between social networks and mortality rates. More specifically, these studies concluded that the risk of death was two to three times higher for persons lacking social support than for those who were well integrated into social networks.

In one of his more recent works, published in 2000, Putnam devotes a chapter to presenting proof of the positive relationship between health and social capital. According to his research, there is a strong positive relationship between the public health index and the social capital index, as well as a negative relationship between the social capital index and the global index of the causes of mortality. In addition, the author emphasizes that the positive effects of integration and social support vie with the effects of known health risks such as smoking, obesity, hypertension and physical inactivity. In short, statistically speaking, the proof of the effects of social integration on health is very strong (House et al., cited in Putnam, 2000).

On the strength of these studies, Kawachi (1997, 1999) established a positive correlation between social capital and health status, using indicators such as the mortality rate and self-rated health status. Hyyppä and Mäki (2001) concluded that the higher life expectancy of Swedish-speaking Finns seems to be associated with the social networks they establish.

Since the late 1990s, social capital has been considered as a determinant of certain diseases. Although very recent, this type of research is becoming more and more frequent. It includes studies on the link between the participation of members of a community in volunteer organizations and the prevalence of AIDS (Campbell, Williams and Gilgen, 2002), as well as the influence of social capital on hypertension (Worsley, 2001).

The analysis of the influence of classic risk factors in the study of disease is thus enriched by taking into account the influence exerted by the community on the individual, especially through the way the individual interacts with other community members.

How is Social Capital Defined in Studies Linking it with Health?

Social capital is as important an indicator of a country's health as the unemployment rate, the gross domestic product or environmental conditions (Putnam, 2000).

To analyze this social determinant of health, researchers essentially drew on the basic indicators of social capital, as originally defined by Coleman (1990) and Putnam (1995). Although neither the concept nor the indicators are novelties in the health field, studies by social capital theorists have nevertheless renewed the approach and prompted other, more recent studies in the field, especially those of Kawachi and his colleagues (1997, 1999). This author uses the concept of social capital as a combination of indicators grouping social trust, civic participation and networks (see Synthesis Table 6).

While the studies succeeded in showing, through statistical analyses, that there are direct relationships between the variables mentioned, the mechanisms underlying these links are still misunderstood. An example is the association between inequality in income distribution and mortality rates (Kawachi et al., 1997). Some authors hypothesize that the intensification of inequality in the distribution of wealth breeds increased frustration, which, in turn, could have negative effects on the physical and psychological health of individuals (Wilkinson, 1996; Health Canada, 1999).

The findings emerging from these analyses have prompted additional research on the social and community dimensions of health. Academic researchers, the public sector (health departments and agencies) and even international agencies are turning their attention to the issue.

Synthesis Table 3. Approach Centred on Social Capital

Authors	R. Putnam (1993, 1995, 2000), J. Coleman (1988, 1990), P. Bourdieu (1986), F. Fukuyama (1997), World Bank (2000)
Conceptual Framework	Linking social capital to institutional and economic performance (Putnam's study on Italy), or social capital to children's well-being, the crime rate, people's mood, health, tax evasion, tolerance, economic equality, civic equality and educational performance (Putnam's study on the United States)
Examples of Studies Conducted	Putnam's studies on Italy (1970s) and the United States (1990s)
Methodology	Qualitative, but particularly quantitative and comparative studies
Indicators	Relate to the social field: trust, civic-mindedness, participation, networks, etc. Constructing indexes
Type of Intervention	Large-scale studies on social capital are not aimed at intervention. However, they can be used to develop policy.

The World Bank lists seven key sources of social capital:

- families, because they are the main sources of economic and social welfare for their members; the family is the first building block in the generation of social capital for the larger society;
- communities, by means of social interactions among neighbours, friends and groups;
- firms, because building and sustaining efficient organizations demands trust and a common sense of purpose;
- civil society, because it provides opportunities for participation through its organizations;
- the public sector, because it plays an essential role in the functioning of any society;
- ethnicity, through ethnic groups or associations that have a strong presence, especially in the areas of immigration and microenterprise development; and
- gender, by means of social networks that help improve the quality of life for women.

Socio-economic Inequality as a Health Determinant

Studies conducted as part of this approach are aimed at linking health to socio-economic inequality, especially with regard to income distribution, the concentration of poverty and ghettoization. The basic notion is that it is less the overall wealth of a society and more how it is distributed that determines the health status of its citizens. Inequality is linked to mortality both indirectly (e.g. weak public investment and weak stock of social capital) and directly (e.g. frustrations and irritants stemming from the perception of the inferiority of one's own social situation) (Wilkinson, 1996; Ross, 2000; Health Canada, 1999).

Health Canada (1999) adheres to this hypothesis. In its report on health determinants, the department notes that "health status improves at each step up the income and social hierarchy" and that "the healthiest populations are those in societies which are prosperous and have an equitable distribution of wealth."

Why are higher incomes and social status associated with better health? In general, poverty is associated with unfavourable living conditions (e.g. bad housing and inadequate diet), but it is only recently that "the biological pathways for how this could happen are becoming better understood. A number of recent studies show that limited options and poor coping skills for dealing with stress increase vulnerability to a range of diseases through pathways that involve the immune and hormonal systems." (Health Canada, 1999)

Health Canada also notes that there is increasing proof that a better social and economic situation goes hand in hand with better health. Finally, Health Canada observes that income level and social situation appear to be the most important health determinants.[7]

This approach is supported by statistical analyses of relationships such as those between income distribution and a population's mortality rate. Research conducted by Ross (Health Analysis and Modeling Group, Statistics Canada, 2001), which draws on international comparisons, is consistent with this perspective. This project first explores the dynamics of income inequality and the links with health in Canadian society. The second purpose of the research is to develop a series of socio-economic indicators to identify the factors that provide the strongest links between inequality and mortality. It will also compare the situation in large American and Canadian cities. (Dunn and Ross, 2000). It should be noted that unlike the conclusions of the research conducted in the United States, the initial results of the Canadian research do not show a relationship between income inequality and mortality, either provincially or in metropolitan regions. Nevertheless, the relationship between socio-economic status and health exists among individuals. Researchers suggest three hypotheses to explain the absence of relationships between health and income inequality: the universality of Canada's healthcare system, Canada's narrower income gap and the difference between the urban areas of Canada and U.S. (Ross, 2001).

Synthesis Table 4. Approach Centred on Socio-economic Inequality

Authors	Wilkinson (1996), Health Analysis and Modeling Group, Statistics Canada (N. Ross and J. Dunn, etc.), Health Canada (1999)
Conceptual Framework	Linking socio-economic inequality (income distribution, poverty, ghettoization in large cities, etc.) and health (traditional indicators, e.g., mortality rate)
Examples of Studies Conducted	Statistical analyses of the relationship between income distribution and a population's health status
Methodology	Quantitative studies (multifactorial analyses, etc.)
Indicators	Economic (poverty rate, income distribution, residential segregation, etc.) and health status
Type of Intervention	Policy development

Social Cohesion and Health

Social cohesion involves building shared values and communities of interpretation, reducing disparities in wealth and income and generally enabling people to have a sense that they are engaged in a common enterprise, facing shared challenges, and that they are members of the same community (Maxwell, 1996, quoted in Jenson, 1998).

[7] The report on health determinants is available on the Health Canada Web site at www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/determinants/index.html#evidence.

The Social Cohesion Network, made up of 23 federal departments and agencies, has developed the following definition: "Social cohesion is the ongoing process of developing a community of shared values, shared challenges and equal opportunity within Canada, based on a sense of trust, hope and reciprocity among all Canadians."

Research conducted in Canada within the framework of the Social Cohesion Network is aimed at exploring the dimensions of the social cohesion of Canadian society and identifying the fault lines, the axes of identification with the community and repercussions on social cohesion. The links between health and social cohesion are one of the concerns in this field, which is channelled by Health Canada's participation in the Network. According to this approach, social capital is an asset of civil society that strengthens social cohesion.

From a methodological perspective, the studies based on this approach are quantitative and qualitative.

Synthesis Table 5. Approach Centred on Social Cohesion

Authors	Policy Research Subcommittee on Social Cohesion of the Policy Research Initiative and Social Cohesion Network
Conceptual Framework	Exploring the dimensions of the social cohesion of Canadian society and identifying the fault lines, axes of identification with the community and repercussions on social cohesion. Links with health status is one of the dimensions. According to this approach, social capital is an asset of civil society that strengthens social cohesion.
Examples of Studies Conducted	Research on the social indicators of social cohesion Other academic research
Methodology	Quantitative and qualitative studies
Indicators	Social and economic indicators, indicators centred on social capital and health status
Type of Intervention	Policy development

In conclusion, these four approaches do not function in isolation. The bridges between them are more and more frequent and the degree of complexity varies. The research includes studies:

- focussing on the relationship between social capital and the status and level of health of a population (Kawachi et al., 1996, 1997; Wilkinson, 1999);
- focussing on the links between socio-economic inequality, social capital and health (Kawachi et al., 1997);
- in line with a perspective centred on community health, but incorporating indicators relating to social capital (Frankish et al., 1999; Kreuter, Young and Lezin, 1998); and
- starting from an approach centred on social cohesion and incorporating indicators relating to social capital (Social Cohesion Network, 2001).

Indexes of Well-being

This section focusses on the contribution made by creating indexes grouping economic and social indicators in expressing community well-being more effectively. In an attempt to classify indicators of well-being in Canada, Sharpe (2000) divides them into four categories:

- time series indexes of well-being (e.g. the Measure of Economic Welfare);
- cross-national indexes of well-being (e.g. the Index of Social Progress);
- provincial and community indexes of well-being (e.g. the Ottawa-Carleton Quality of Life Index); and
- sets of social indicators (e.g. the Federation of Canadian Municipalities Quality of Life Reporting System).

Among other things, these indexes allow an assessment of the evolution of social, economic, health and environmental conditions over many years (in certain cases) and account for their improvement or decline. Hence, the study on Alberta revealed that although the province has enjoyed economic growth, the indicators show that progress has not been as great in terms of social welfare, and that it has even declined in certain cases (notably with regard to poverty and unemployment rates). Furthermore, little progress has been made in the area of income distribution, and economic prosperity has resulted in significant ecological costs for the environment. These indexes are constructed from existing data sources, primarily those of Statistics Canada and provincial agencies. This necessarily means that the indicator is in line with the concept (which defines what is to be measured), not the reverse.

Synthesis Table 6. Social Capital and Health Studies

Author and Year of Study	Objectives	Sources	Indicators Used	Results
Berkman and Syme (1979)	To identify and analyze the relationships between social and community links and mortality in Alameda County	Human Population Laboratory Survey (California Department of Health Services)	1. Marriage 2. Contacts with family and friends 3. Participation in religious life 4. Participation in formal and informal group activities	Persons with weak or nonexistent social links had a greater probability of dying during the period following the study than those who had strong links.
Kawachi, Kennedy, Lochner and Prothrow-Stith (1997)	To determine the relationships between income distribution, mortality and social capital	1. General Social Surveys (National Opinion Research Center) 2. United States census	1. Civic engagement (participation in associative and community life) 2. Social trust (three questions)	1. Negative relationship between the degree of inequality of income distribution and participation in community activities 2. Positive relationship between civic participation and the mortality rate 3. Positive relationship between the level of inequality of income distribution and lack of trust 4. States with the highest rate of civic participation had the lowest rate of mortality from heart disease and malignant tumours.
Kreuter, Young and Lezin (1998)	1. To measure the stock of social capital of two rural communities in the United States 2. To determine the possibility of an association between social capital and the efficacy of health program promotion.	1. Telephone survey 2. Interviews with community leaders 3. Content analysis (local newspapers)	Civic participation, trust, social engagement and reciprocity	Positive association between social capital and the efficacy of interventions
Putnam (1995)		1. Organization data banks 2. Roper Survey 3. DDB Survey	1. Membership in volunteer associations (30 of the most important, such as the Knights of Columbus) 2. Membership in professional organizations (e.g. the American Medical Association) 3. Questions from Roper Survey on civic participation (e.g. signing a petition, participating in a community meeting) 4. Questions from DDB Survey (frequency of certain behaviours, e.g., attending church, volunteering)	Decline in social capital in the United States, according to long-term trends observed during the 20th century

How Is Social Capital Measured?

The level used to analyze social capital differs widely in the studies selected. Some studies focus on the social capital of a small community (Kreuter et al., 1998), others compare a country's provinces or regions (Putnam, 2000), while others use countries as a unit of comparative analysis (Knack and Keefer, 1997). Furthermore, social capital research places a great deal of emphasis on comparisons, even those carried out at the community level.

The World Bank distinguishes three types of methodological approaches to measuring social capital (World Bank, 2001), namely:

- quantitative studies;
- comparative studies; and
- qualitative studies.

Quantitative Studies

Quantitative studies use large-scale databases for their analyses. For example, Knack and Keefer (1997) drew on the World Values Survey for the indicators of trust and the civic norms they used to analyze 29 market economies.

Most of the studies funded by the World Bank in African countries are also quantitative studies. An example is the study conducted by Narayan and Pritchett (1998) aimed at measuring social capital in Tanzania. The researchers designed a survey especially for this purpose and used a poverty survey (the Tanzania Social Capital and Poverty Survey) for the variables such as income distribution that are linked to social capital.

Kawachi and his colleagues (1997) used data from the General Social Survey[8] and the national census for their analyses on social capital and health in the United States. This research follows a distinctly quantitative approach.

Comparative Studies

This type of study compares, among other things, communities, countries, regions and groups of countries. An example is Putnam's study on Italy (1993), which represents the origin of the conceptualization of social capital. In this research, Putnam inquires into the reasons for the wide economic, social and institutional differences between Italian provinces. In his study on the United States (2000), Putnam compares the behaviour of American states in matters of criminality, health, education and other realties, based on their stock of social capital.

Kreuter, Young and Lezin (1998) compared two rural communities in the United States to determine whether there was an association between social capital and the effective promotion of health programs.

Some researchers have explored the differences in the level of social capital among American immigrant communities. Portes (1995) and Light and Karageorgis (1994)[9] showed that certain groups such as the Koreans in Los Angeles or the Chinese in San Francisco integrated

---

[8] This survey was conducted by the National Opinion Research Center.
[9] This research is listed on the World Bank site.

more effectively into the host society than did other groups because of their support networks for new arrivals.

In Canada, Buckland and Rahman (1999) compared the reaction of three communities that experienced the Red River flooding in Manitoba in 1997. The research revealed that the two communities with a higher stock of social capital succeeded in organizing themselves more rapidly and efficiently than the third, which had a lower stock of social capital.

Qualitative Studies

Qualitative studies are in the minority in the social capital research inventory. The above-mentioned Canadian study on three rural Manitoba communities is an example of this type of study. The information-gathering techniques were essentially qualitative. For example, the researchers used interviews with community leaders and participant observation.

Research by Kreuter, Young and Lezin (1998) is another example of a qualitative study. The researchers used information-gathering techniques such as interviews with community leaders and content analyses of local newspapers.[10] They also used quantitative collection techniques such as telephone surveys.

Indicators

Despite the presence of debate, there is some consensus on the indicators that are used most frequently to measure social capital. Most of the studies consistently use the definitions and indicators established by social capital theorists. Accordingly, **trust** appears to be one of the most important. The two elements of this indicator are trust in others and trust in institutions (government, police, politicians, journalists, etc.).

The second key indicator is **civic engagement**, which is measured by membership or participation in organizations, groups or networks offering social or political activities.[11] The research distinguishes two elements within this indicator. One relates to participation in community activities, especially through neighbourhood or parent associations, volunteerism, sports leagues, advocacy groups or other forms of activism. The other involves participation in political life, including participating in elections and signing petitions.

Social networks are the third indicator that is frequently found in the research. They are formed by the person's immediate environment and by secondary networks. Networks centred on the individual include immediate networks (i.e. the close family, friends and neighbours with whom the person has frequent contact and who provide support). Moreover, this type of support, known as "social support" was the first to be associated with health in the research on social determinants. The secondary networks include those formed through relationships that individuals establish, especially in the workplace and recreational environments, during community or church activities. This indicator is used to determine the frequency and quality of relationships maintained by individuals.

---

[10] It consisted of flagging the word "participation" as well as other words or expressions associated with active civic behaviour.

[11] A number of terms are used to define this indicator in the social capital literature. The most frequent are civic participation, social engagement, community engagement, civic engagement and community participation.

Indicators frequently associated with social capital include income distribution and a community's level of social cohesion, which is expressed by respect for diversity and pluralism in all its forms.

The key indicators are:

- trust;
- civic engagement (participation in community or political activities); and
- social networks.

Given the importance of the choice of indicators in achieving the second objective of this work, this issue is addressed again in the second report. Nevertheless, it should be pointed out that although there is an abundant amount of social capital research, the same cannot be said for methodological considerations. Furthermore, in research on the links between health and social capital, researchers limit themselves to associating one or two social capital indicators with one health indicator (mortality or self-rated health status). In general, this choice is dictated by the availability of data.

What Is the Valid Unit of Observation of Social Capital?

The literature on social capital is divided between two units of observation: geographic areas (Putnam, 1993) and professional areas (Cohen and Fields, 1998). There is a lack of agreement on the spatial area to be studied. Some researchers maintain that social capital should be assessed at the national level (Fukuyama, cited by Landry, Amara and Lamari, 2001), but the prevailing perspective adopts the region or community as a unit of observation and analysis (Putnam, 1993, 2000). As in the case of the choice of indicators, researchers' observations usually follow the administrative boundaries marked out by the available statistical data. These boundaries do not always correspond to those of actual units of interaction between players, as noted in Landry, Amara and Lamari (2001).

Furthermore, Glaeser (2001) points out that the decision to invest in social capital is made by individuals, not communities. In this sense, to gain a broader understanding of its formation, social capital should be defined at the individual level.

Social Capital and Health Policy

Research associating social capital with health shows that the higher the level of social capital in a community, the better the health status. Strengthening the social capital of communities (and countries) would consequently constitute a promising means of reducing inequality in the area of health.

However, some researchers distinguish two different approaches to the ways decision makers might use social capital (Labonté, 1999). For those who follow the neoliberal doctrine and favour the market to the detriment of the social aspects of society, social capital could be used to justify privatizing, or even reducing public services. For decision makers who advocate social justice and prefer the community aspects of society, social capital would be a goal that involves state intervention to control the market and reduce inequality.

Beyond the two approaches, it appears that there is some consensus on the fact that social capital could be a new form of non-economic public policy tool that has the advantage of using fewer budgetary and regulatory resources (Landry, Amara and Lamari, 2001). No matter which approach is selected, it would be a mistake to underestimate the community's capacity to react to outside intervention. For example, research conducted in Manitoba following the Red River flooding in 1997 demonstrated the positive effect of social capital on the communities' ability to respond effectively to the catastrophe (Buckland and Rahman, 1999). Communities with a higher level of social, human and physical capital reacted more effectively to the flooding. On the other hand, it was these same communities that more forcefully resisted the implementation of public measures.

Bibliography

Bélanger, Jean-Pierre, Robert Sullivan, and Benoît Sévigny. *Capital social, développement communautaire et santé publique : réflexions sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la population*. Montréal: ASPQ Éditions, 2000. 224 p.

Berkman, Lisa, and Leonard Syme. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 1979;109(2):186–204.

Bordieu, Pierre. The Forms of Capital in John G. Richardson, ed, *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood Press, 1986. 241–258.

Boswell-Purdy, Jane. *Social Variables as Predictors of Health and Mortality*. Policy Research Division, Health Canada, 2001. Internal Discussion Paper.

Bouchard, Marie, Olga Navarro-Flores, and Lucie Mager. *Le capital social : origine, developpements, applications et critiques de la notion*. Recueil de textes. Cahiers du CRISES (Centre de recherche sur les innovations dans l'économie sociale, les entreprises et les syndicats). Université du Québec à Montréal, 1998.

Brink, Satya, and Allen Zeesman. Measuring Social Well-being: An Index of Social Health for Canada. Human Resources Development, Canada, 1997. Internet Edition, 1998. www.hrdc-drhc.gc.ca/arb/publications/research/abr-97-9e.shtml

Buckland, Jerry, and M. Matiur Rahman. Community-based Disaster Management during the 1997 Red River Flood in Canada. *Disasters* 1999;23(2):174–191.

Campbell, C., B. Williams, and D. Gilgen. Is social capital a useful conceptual tool for exploring community level influences on HIV infection? An exploratory case study from South Africa. *AIDS-Care* 2002;14(1):41–54.

Canadian Council on Social Development. *Social Cohesion in Canada: Possible Indicators*. Report prepared for the Social Cohesion Network, Department of Canadian Heritage (Strategic Research and Analysis) and Department of Justice Canada (Research and Statistics Division), 2000. Reference: SRA-542, 132 p.

Coleman, James. Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology* 1988;94 (supplement):S95-S120.

Coleman, James. *Foundations of Social Theory*. Cambridge, Mass.: Belknap Press of Harvard University Press, 1990. xvi, 993 p.

Desmarteau, Robert. *Modéliser le capital social : pertinences et limites*. Recueil de textes. Cahiers du CRISES (Centre de recherche sur les innovations dans l'économie sociale, les entreprises et les syndicats). Université du Québec à Montréal, 2000.

Dunn, James, and Nancy Ross. *Metropolitan Socio-economic Inequality and Population Health*. Research Program Request, Institute of Population and Public Health, 2000.

Frankish, C. James, and Ann Bishop. *Measuring Health of Communities in the Canadian Community Health Survey*. Report on the inclusion of health indicators in the Canadian Community Health Survey prepared for Health Canada as part of an agreement with the Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia, 1999.

Fukuyama, Francis. *Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity*. London: The Free Press, 1995. 412, [2] p.

Fukuyama, Francis. Social Capital and the Global Economy. *Foreign Affairs* 1995;74(5):89–103.

Glaeser, Edward L. The Formation of Social Capital. *Isuma, Canadian Journal of Policy Research* 2001;2(1):34–40, issue on social capital
www.isuma.net/v02n01/index_e.shtml

Grootaert, Christian. *Social Capital: The Missing Link? Expanding the Measure of Wealth: Indicators of Environmentally Sustainable Development*. Washington: World Bank, 1997.

Hancock, Trevor, and Ronald Labonté, with Rick Edwards. *Indicators that Count! Measuring Population Health at the Community Level*. 1998. Unpublished report prepared for Health Canada.

Health Canada. *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*. Prepared by the Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health, 1999. xxii, 230 p.
www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/report/toward/index.html

Horizons 2001;4(1), issue on social inclusion.
policyresearch.gc.ca/doclib/V4N1-Eng-Final.pdf

House, James S., Cynthia Robbins, and Helen L. Metzner. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology* 1982;116(1):123–140.

Hyyppä Markku T., and Juhani Mäki. Individual-Level Relationships between Social Capital and Self-Rated Health in a Bilingual Community. *Preventive Medicine* 2001;32(2):148–155.

Isuma, Canadian Journal of Policy Research. Spring 2001;2(1), issue on social capital.
www.isuma.net/v02n01/index_e.shtml

Jeannotte, M. Sharon. *Social Cohesion Research: Workplan*, 1997. Reference: SRA-266.

Jenson, Jane. *Mapping Social Cohesion: The State of Canadian Research*. Canadian Policy Research Networks Study, 1998. F, 03. 55p.
www.cprn.com/cprn.html

Julien, Marie, Danielle Julien, and Pierre Lafontaine. *Environnement de soutien. Enquête sociale et de santé 1998*. Québec. Institut de la statistique du Québec, 2001;499–522.
www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/e_soc-sante98_pdf.htm

Kawachi, Ichiro, Bruce Kennedy, Kimberley Lochner, and Deborah Prothrow-Stith. Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health* 1997;87(9):1491–1498.

Kawachi, Ichiro, Bruce Kennedy, and R. Glass. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health* 1999;89(8):1187–1193.

Knack, Stephen, and Phillip Keefer. Does Social Capital Have an Economic Payoff? A Cross-Country Investigation. *The Quarterly Journal of Economics* 1997;112(4):1251–1288.

Kreuter, Marshall, Laura Young, and Nicole Lezin. *Measuring Social Capital in Small Communities.* 1998. Study conducted by Health 2000 Inc., Atlanta, in cooperation with the St. Louis University School of Public Health.

Labonté, Ronald. Social capital and community development: Practitioner emptor. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1999;23(4):430–433.

Landry, Réjean, Nabil Amara, and Moktar Lamari. Social Capital, Innovation and Public Policy. *Isuma, Canadian Journal of Policy Research* 2001;2(1):63–72, issue on social capital. www.isuma.net/v02n01/landry/landry_e.shtml

Narayan, Deepa, and Lant Pritchett. Cents and Sociability: Household Income and Social Capital in Rural Tanzania. *Economic Development and Cultural Change* 1998;47(4):871–897.

OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). *The Well-being of Nations: The Role of Human and Social Capital.* Paris, 2001. 136 p.

Pope, Jeanette. Social capital should not be incorporated into surveys designed to monitor population health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2000;24(3):341.

Putnam, Robert. Social Capital: Measurement and Consequences. *Isuma, Canadian Journal of Policy Research* 2001;2(1):41–51, issue on social capital. www.isuma.net/v02n01/index_e.shtml

Putnam, Robert. Social Capital: Wildfire of Research. *The Ottawa Citizen.* May 2000.

Putnam, Robert. *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community.* New York: Simon & Schuster, 2000. 541 p.

Putnam, Robert. The Strange Disappearance of Civic America. *The American Prospect* 1996;7(24):34–48. www.prospect.org/print/V7/24/putnam-r.html

Putnam. Robert. Bowling Alone: America's Declining Social Capital. *Journal of Democracy* 1995;6(1):65-78. muse.jhu.edu/demo/journal_of_democracy/v006/putnam.html

Putnam, Robert. The Prosperous Community. Social Capital and Public Life. *The American Prospect* 1993;4(13):27–40. www.prospect.org/print/V4/13/putnam-r.html

Putnam, Robert, with Robert Leonardi and Raffaella Y. Nanetti. *Making Democracy Work. Civic traditions in modern Italy.* Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1993. xv, 258 p.

Ross, Nancy. *Income Inequality as a Population Health Determinant.* Seminar organized by the Health Analysis and Modeling Group, Statistics Canada, April 6, 2001.

Sharpe, Andrew. *A Survey of Indicators of Economic and Social Well-being.* Background paper prepared for the Canadian Policy Research Networks, Ottawa, 2000. 73 p.

Van Rooy, Alison. Review of *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community* by Robert Putnam. *Isuma, Canadian Journal of Policy Research* 2001;2(1):149–153. www.isuma.net/v02n01/index_e.shtml

Wilkinson, Richard G. Income inequality, social cohesion and health: clarifying the theory. A reply to Muntaner and Lynch. *International Journal of Health Services* 1999;29(3):525–43. www.worldbank.org/poverty/scapital/library/wilkins1.pdf

Wilkinson, Richard G. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London, New York: Routledge, 1996. xi,. 255 p.

Woolcock, Michael. Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society* 1998;27(2):151–208.

Worsley, Anthony. Diet and hypertension in the Asia-Pacific region: a brief review. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* 2001;10(2):97–102.

Web Sites Related to Social Capital

World Bank, PovertyNet site dedicated to social capital: worldbank.org/poverty/scapital/index.htm

Human Resources and Development Canada, Applied Research Branch, *Prevention of Exclusion and Poverty Reduction:* www.hrdc-drhc.gc.ca/arb/publications/research/exclusion_e.shtml

Fostering Social Cohesion: www.fas.umontreal.ca/pol/cohesionsociale

GPI Atlantic — Genuine Progress Index for Atlantic Canada: www.gpiatlantic.org/

Isuma, Canadian Journal of Policy Research (Issue on Social Capital): www.isuma.net/v02n01/index_e.shtml

Pembina Institute (Alberta Sustainability Trends 2000): www.pembina.org/publications_item.asp?id=34

Policy Research Initiative (PRI): www.policyresearch.gc.ca

Health Canada: www.hc-sc.gc.ca

The Social Indicators Launchpad (access to several research sites): www.ccsd.ca/lp.html

Appendix A

Research Groups and Studies Linked to the Issue of Social Capital in Canada

Research partnerships between the public sector (decision makers and researchers), university research centres, private research centres and the community sector have intensified over the past two years. Examples are the Community-University Research Alliances or the rapprochement between university researchers and policy researchers working in government environments. The following are some of these partnerships in the social capital research sector.

Social Cohesion Network

The Policy Research Subcommittee on Social Cohesion was created in 1996 within the framework of the three research priorities of the Policy Research Initiative (PRI) launched by the government of Canada.[1] The PRI works to strengthen Canada's policy research capacity.

Since 1997, the Subcommittee, renamed the Social Cohesion Network, groups 23 departments and agencies. Its members have only a limited capacity to conduct leading-edge horizontal research, but they have contributed to a greater understanding of the phenomenon.[2] The three main themes of the Network are:

- fault lines;
- axes of identification with the community; and
- repercussions on social cohesion.

It should be noted that the Network has prepared a report on social cohesion indicators in collaboration with the Canadian Council on Social Development.[3]

Research Funded by Health Canada[4]

Annotated Bibliography of Health Determinant Indicators

This bibliography was established in 1999 for the Atlantic and Manitoba/Saskatchewan regional offices of the Health Promotion and Programs Branch (now the Population and Public Health Branch). This document is the first step in the development of a system to evaluate the effects of the work of these divisions. Although the bibliography was initially designed for internal use, it was subsequently updated and made public. It is available at www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/determinants/

---

[1] The two other research priorities are North American linkages and sustainable development.

[2] The Network organizes an annual conference. The 2001 conference was held in December under the theme "Bridging Communities Together."

[3] Canadian Council on Social Development (2000). *Social Cohesion in Canada: Possible Indicators*. Report prepared for the Social Cohesion Network, Department of Canadian Heritage (Strategic Research and Analysis) and Department of Justice Canada (Research and Statistics Division).

[4] Available on the Health Canada Web site at www.hc-sc.gc.ca.

Federation of Canadian Municipalities Project

As part of its project on the quality of life, the Federation of Canadian Municipalities (FCM) developed a series of indicators to measure the quality of life in Canadian cities. The FCM wanted to obtain a global picture of living conditions in these urban areas and determine the trends and issues that might escape conventional methods of assessing the consequences of public policies. In collaboration with a team of authorities from 16 municipalities across the country, the FCM established a series of indicators to measure community well-being. These indicators are:

- community affordability;
- quality of employment;
- quality of housing;
- community health;
- community safety;
- community stress;
- community participation; and
- population resources.

University of British Columbia Social Capital Survey

In 2000, Professors John Helliwel and Richard Johnston, of the Department of Economics and the Department of Political Science, respectively, at the University of British Colombia, undertook the first phase of a survey on social capital. It is a voluminous inquiry composed of 15 modules of questions relating to the following:

- social support (family, friends and neighbours);
- economic security;
- trust and efficacy;
- volunteer work;
- political participation;
- income and employment;
- health, welfare and child care;
- use of the media; and
- ethnic groups, religion and demographic variables.

The second phase of this survey, planned for 2002, will focus on a sample of 4,000 persons and a sample of new Canadians established in Vancouver, Toronto and Montréal.

Santé Canada Health Canada

La série de documents de travail pour la recherche sur les politiques de santé

Le capital social comme déterminant de la santé

Comment le définir?

Document de travail 02-07
Mars 2003

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé
Santé Canada

Cette publication est disponible sur support informatique, en gros caractères, sur cassette audio et en braille, sur demande.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires ou pour faire un changement d'adresse, veuillez communiquer avec :

Santé Canada
Unité de communication de la recherche sur les politiques
Téléphone : (613) 954-8549
Télécopieur : (613) 954-0813
Courriel : **rmddinfo@hc-sc.gc.ca**

La version électronique est disponible à l'adresse suivante : **http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa**

This document is also available in English under the title: *Social Capital as a Health Determinant: How is it Defined?*

La reproduction à des fins non commerciales est autorisée à condition que la source soit clairement indiquée.

Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues ou les politiques officielles de Santé Canada.

La série de documents de travail de Santé Canada soutient la prise de décisions éclairées en mettant en évidence la recherche sur les politiques à Santé Canada et en la faisant connaître à un grand nombre d'analystes des politiques et de décideurs de Santé Canada, ainsi qu'aux partenaires du milieu de la recherche à l'extérieur du Ministère. La série s'inscrit dans un vaste programme de communication de la recherche sur les politiques, qui comprend le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*.

©Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003

N° de catalogue H13-5/02-7F
ISBN 0-662-87899-X

La série de documents de travail pour la recherche sur les politiques de santé

Le capital social comme déterminant de la santé

Comment le définir?

Solange van Kemenade
Division de la recherche sur les politiques
Direction des politiques stratégiques
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada

Ce document fut achevé en octobre 2001 et révisé en juillet 2002.
Il fut accepté pour publication en juillet 2002.

Remerciements

La présente recherche a été rendue possible grâce au soutien de la Division de la recherche sur les politiques (anciennement Division de l'analyse quantitative et de la recherche), Direction des politiques stratégiques, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada.

Nous tenons à remercier Éric Jenkins, gestionnaire du Groupe des études analytiques, de la Division de la recherche sur les politiques, ainsi que Marie-France Giguère, analyste des politiques de la même division. Tous les deux ont su lire patiemment notre texte et nous apporter de précieux commentaires pour le bonifier. Jane Boswell-Purdy, collègue de travail de la même division, a mis à ma disposition des références incontournables sur les réseaux sociaux comme déterminants de la santé ainsi que son analyse sur le soutien social. Enfin, Sylvain Paradis, directeur de la Division de la recherche sur les politiques, a donné un pas en avant vers une compréhension plus précise de ces déterminants sociaux de la santé en insistant sur le besoin de cette recherche, en l'encourageant et en apportant son expertise dans le domaine de la santé.

Abstract

This report is a summary of social capital research commissioned by the Policy Research Division, Strategic Policy Directorate, Population and Public Health Branch, Health Canada.

The work attempts to clarify the place of social capital among the social determinants of health. The first part analyzes the documentation on the origins of this concept and its use in the health field. The second part of the report sets out four approaches in the area of social determinants of health. These approaches, which all centre on the social capital concept, are community health, social capital, socio-economic inequality and social cohesion. Research demonstrating the positive effects of social capital on health is presented in studies such as those conducted by Kawachi et al. (1997 and 1999), and Putnam (2001).

The third part of the report briefly reviews the various methods used to measure social capital, as well as the indicators commonly used in research on the subject. Finally, the development of policies aimed at strengthening social capital is explored in the fourth part. Research groups and studies linked to social capital issues in Canada are included in an appendix.

Résumé

Le présent rapport résume une recherche sur le capital social que nous a confiée la Division de la recherche sur les politiques, Direction des politiques stratégiques, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada.

L'ouvrage essaie d'éclaircir la place du capital social parmi les déterminants sociaux de la santé. Pour ce faire, la première partie analyse la documentation sur les origines du concept ainsi que sur son utilisation dans le domaine de la santé. Dans la deuxième partie, le rapport distingue, dans le domaine des déterminants sociaux de la santé, quatre approches ayant des convergences avec le concept de capital social (la santé des collectivités, le capital social, les inégalités socio-économiques et la cohésion sociale). En ce qui touche le capital social, des recherches sont présentées qui montrent son incidence positive sur la santé (Kawachi et al., 1997 et 1999, Putnam, 2001).

Le rapport passe en revue de manière sommaire, dans sa troisième partie, les diverses méthodes de mesure du capital social ainsi que les indicateurs couramment utilisés dans les recherches sur le sujet. Enfin, la question de l'élaboration des politiques visant à renforcer le capital social est explorée dans la quatrième partie. Une annexe présentant les groupes de recherche et les études liés à la problématique du capital social au Canada complète le document.

L'auteure

Solange van Kemenade a obtenu un doctorat en sociologie et elle est présentement une analyste de recherche à la Division de la recherche sur les politiques, Direction des politiques stratégiques, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada. Elle s'intéresse aux déterminants socio-économiques de la santé ainsi qu'à la prise en compte de ces déterminants dans l'élaboration des politiques. Elle est aussi chercheure associée à la Chaire de recherche du Canada en développement des collectivités et chargée de cours à l'Université du Québec en Outaouais. Ses recherches de doctorat et de post-doctorat ont porté sur l'économie sociale, le développement local, la coopération Nord-Sud et les nouvelles pratiques sociales dans le domaine de la coopération internationale.

Table des matières

Introduction **1**
Objectifs de la recherche sur le capital social 1
Les déterminants sociaux de la santé, nouveau paradigme en émergence? 2

Les études sur le capital social **5**
Approches et définitions 5
Les études récentes 7
Les critiques 8

Approches adoptées dans les études sur les déterminants sociaux de la santé **10**
La collectivité comme déterminant social de la santé 10
Le capital social comme déterminant social de la santé 11
Les inégalités socio-économiques comme déterminants de la santé 13
Cohésion sociale et santé 15
Les indices de bien-être 16

Comment mesurer le capital social? **18**
Les études quantitatives 18
Les études comparatives 18
Les études qualitatives 19
Les indicateurs 19
Quelle est l'unité d'observation valide du capital social? 20

Capital social et politiques de santé **21**

Bibliographie **22**
Sites Internet liés au capital social 26

Annexe A **27**

Liste des tableaux

Tableau synthèse 1 : Définitions du capital social....8
Tableau synthèse 2 : Approche axée sur la santé des collectivités....11
Tableau synthèse 3 : Approche axée sur le capital social....13
Tableau synthèse 4 : Approche axée sur les inégalités socio-économiques....15
Tableau synthèse 5 : Approche axée sur la cohésion sociale....15
Tableau synthèse 6 : Études réalisées sur le capital social et la santé....17

Introduction

Objectifs de la recherche sur le capital social

La recherche que nous a confiée la Division de la recherche sur les politiques (anciennement Division de l'analyse quantitative et de la recherche), de la Direction des politiques stratégiques, comportait deux objectifs. Le premier consistait à repérer et à répertorier les ouvrages de référence sur la problématique du capital social ainsi que les travaux réalisés par les chercheurs canadiens œuvrant dans le domaine des déterminants sociaux de la santé. Le présent rapport résume le travail accompli durant cette première étape.

Le deuxième objectif était la mise au point d'un module de questions d'enquête que Statistique Canada pourrait utiliser pour l'élaboration des enquêtes sur la santé ou d'autres initiatives visant à approfondir cette problématique. Une proposition d'indicateurs de mesure du capital social ainsi que certaines considérations méthodologiques font l'objet d'un deuxième rapport[1].

La Direction de la politique stratégique s'intéresse à cette thématique depuis 1999, année où elle a organisé une rencontre d'experts canadiens de la santé des collectivités. Cette réunion avait notamment pour but l'étude de la possibilité d'inclure des questions traitant du capital social dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Par la suite, une analyse documentaire a été effectuée et un document, incluant une liste de questions potentielles, a été élaboré par des chercheurs de l'Université de la Colombie-Britannique. Étant donné que les questions proposées nécessitaient un essai préliminaire et que l'échéancier était trop court, elles n'ont pas été incluses dans l'enquête envisagée. Depuis 1999, ni le thème ni les questions n'avaient été retravaillés ou validés.

Par ailleurs, depuis cette année-là, d'autres initiatives ont été mises sur pied afin d'évaluer des déterminants socio-économiques de la santé auxquels les chercheurs s'intéressent depuis peu. Ces études partent de cadres conceptuels différents et s'inscrivent dans des approches tout aussi diverses. On s'intéresse, entre autres, aux inégalités socio-économiques et à leur incidence sur la santé[2], à l'écart grandissant de ces inégalités entre les quartiers d'une même ville ou au sein de ceux-ci, et au renforcement des capacités des collectivités à améliorer leur bien-être.

L'analyse des déterminants socio-économiques à l'échelle communautaire a fait l'objet d'un grand nombre de recherches depuis les deux dernières années. Par exemple, une deuxième initiative de Statistique Canada examinera les effets de facteurs communautaires sur la santé des Canadiennes et des Canadiens en utilisant les données de l'ESCC. Ce type d'approche est

---

[1] VAN KEMENADE, Solange (2003). *Le capital social comme déterminant de la santé : comment le mesurer?* Rapport élaboré pour la Division de la recherche sur les politiques, Direction des politiques stratégiques, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada. (Rapport soumis pour publication à la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Santé Canada.)

[2] Le Groupe d'analyse et de modélisation de la santé (Statistique Canada) a élaboré le projet intitulé *Inégalité socio-économique en milieu métropolitain et santé de la population*, présenté à l'Initiative sur la santé de la population canadienne par le Centre for Health Services and Policy Research, de l'Université de la Colombie-Britannique, en septembre 2000.

fréquent aussi dans les recherches sur la santé des peuples autochtones et des collectivités rurales.

Ces initiatives émergent dans un milieu qui leur est propice. En effet, il existe, au niveau de l'État, un souci de mieux comprendre les effets des facteurs sociaux sur la société canadienne, afin d'élaborer des politiques mieux adaptées aux nouvelles réalités. L'initiative de recherche interministérielle sur la cohésion sociale au Canada et la formation du Réseau de la cohésion sociale constituent des preuves de cet intérêt.

Signalons, enfin, que la présente recherche a permis de découvrir des initiatives convergentes dans le monde universitaire, comme le sondage sur le capital social réalisé par un groupe de chercheurs de l'Université de la Colombie-Britannique.

Le présent rapport débute par une présentation des déterminants sociaux de la santé, parmi lesquels se situe le capital social.

Les déterminants sociaux de la santé, nouveau paradigme en émergence?

Les études sur la santé des populations ont privilégié, pendant longtemps, l'analyse des déterminants relevant du domaine médical et génétique. Mais, comme le signale Wilkinson à la page 2 de son ouvrage publié en 1996, « ni la science médicale ni la génétique ne sont capables d'expliquer pourquoi un pays est plus en santé qu'un autre, ou pourquoi la plupart des pays gagnent deux ou trois ans d'espérance de vie avec chaque décennie qui s'écoule. » [TRADUCTION]

C'est seulement au cours des deux dernières décennies que la science médicale a commencé à s'interroger sur l'incidence de facteurs tels que les revenus, le chômage, la pauvreté ou les réseaux sociaux sur l'état de santé des individus. Les chercheurs et les intervenants de la santé formés et sensibilisés en vue de déterminer les effets nocifs de produits chimiques ou de germes se sont aperçus que la structure sociale et économique d'une société avait des retombées sur la santé. Cette découverte a donné naissance à une nouvelle approche qui tient compte de l'interface entre la santé et la société (Wilkinson, 1996). Comme cette façon d'aborder la question s'éloigne de l'approche classique, il y aurait lieu de s'interroger sur la pertinence de la définir plutôt comme un nouveau paradigme en émergence.

Dans ce contexte, la morbidité, la mortalité et les incapacités physiques, pour n'en nommer que quelques-uns, ont constitué la première génération d'indicateurs de la santé. Ces derniers concernaient, pour la plupart, les conditions générales de salubrité de l'environnement et les facteurs pathogènes nuisibles à la santé.

En constante évolution, les études sur la santé des populations ont, par la suite, incorporé des indicateurs non médicaux, plus précisément ceux liés au domaine social. Ces indicateurs ont trait au bien-être mental et social, à la qualité de vie, à la satisfaction de vivre, au niveau de revenu, à l'emploi et aux conditions de travail, à l'éducation et à d'autres facteurs dont on connaît, depuis récemment, l'incidence sur la santé (Santé Canada, 1999).

Depuis les années 1990, on assiste à la mise en évidence des déterminants et à l'élaboration d'indicateurs qui ont un rapport avec des dimensions peu mesurées jusqu'alors et dont le lien avec la santé n'était pas clairement précisé. Il s'agit des effets que l'environnement social immédiat (famille et amis), les réseaux sociaux, la confiance mutuelle, la participation civique, l'engagement communautaire et d'autres facteurs peuvent avoir sur la santé des

personnes. Ces indicateurs sont, pour la plupart, associés à une échelle microsociale (la collectivité) et constituent un effort pour relier l'individuel au social.

L'intérêt grandissant pour les indicateurs dans le domaine de la santé de la population se manifeste en même temps qu'un intérêt grandissant à l'échelle mondiale pour l'utilisation d'indicateurs sociaux et de viabilité (Santé Canada, 1999). De plus, dans les pays industrialisés, l'amélioration de la santé et la prolongation de l'espérance de vie de la population en général ont été à l'origine de la recherche d'indicateurs plus révélateurs des nouvelles conditions de vie[3]. Les travaux se sont orientés vers des facteurs négligés, comme les habitudes de santé personnelles, vers les facteurs d'ordre communautaire (environnement, économie, société) susceptibles d'affecter la santé, vers les facteurs ayant trait au « soutien social », pour n'en nommer que quelques-uns. Le rapprochement entre les sociologues et les épidémiologistes explique également cette ouverture et cet intérêt croissants des sciences de la santé à l'égard des nouveaux déterminants de celle-ci (Wilkinson, 1996).

On remarque une deuxième tendance, qui reflète le besoin de lier des indicateurs sociaux aux indicateurs économiques, de la santé et même environnementaux. L'agrégation de ces indicateurs dans des indices composites constitue, de toute évidence, un progrès dans l'analyse de la qualité de vie d'une population. Mentionnons, à titre d'exemples, les GPI (Genuine Progress Indicators), élaborés pour mesurer les changements socio-économiques en Alberta, ou l'indice de santé sociale, construit par Miringoff aux États-Unis et adapté par Brink et Zeesman (1997) pour le Canada. Ces indices vont au-delà des indicateurs économiques traditionnels comme le produit intérieur brut, qui ne traduisent pas nécessairement les besoins réels en termes de qualité de vie. Nous mentionnerons d'autres essais de ce type dans le point consacré aux approches.

Le présent rapport se penche sur ces nouveaux déterminants de la santé et ces nouveaux indicateurs. Malgré leurs différences, les concepts étudiés découlent d'une même idée sous-jacente. En effet, qu'il s'agisse de capital social, de capacités communautaires ou de cohésion sociale, entre autres, il y a, au fond, la certitude que des éléments intangibles agissent sur les individus et sur les collectivités, soit en les renforçant, soit en les rendant plus vulnérables face à l'adversité.

En ce qui concerne le capital social, les études montrent de plus en plus que les collectivités appuyées par un stock élevé de capital social ont un meilleur rendement économique et social (Putnam, 2000). Ces collectivités ont des taux de criminalité plus faible, les fraudes fiscales sont moins nombreuses, les gens font preuve d'une plus grande tolérance et d'une meilleure humeur, les enfants ont un niveau de bien-être plus élevé et réussissent mieux à l'école. Les effets bénéfiques du capital social sur la santé ont également été mis en valeur par certaines recherches. C'est pourquoi Santé Canada s'intéresse à ces nouveaux déterminants qui influencent l'état de santé des populations.

Le présent rapport propose, dans la première partie, de passer brièvement en revue les approches et les définitions relatives au capital social. Nous décrivons de manière succincte les origines du concept ainsi que les études pionnières dans le domaine, sans oublier les critiques formulées à leur égard. Dans la deuxième partie, nous nous penchons sur d'autres approches qui soulèvent l'importance du social dans l'état de santé des populations. Dans ce cadre, quatre

---

[3] L'indicateur « espérance de vie sans invalidité » est une preuve de cette recherche d'indicateurs plus adaptés.

approches sont brièvement présentées : l'approche axée sur la santé des collectivités, l'approche axée sur le capital social comme déterminant de la santé, l'approche axée sur les inégalités sociales et économiques (p. ex., la répartition des revenus) et, enfin, l'approche axée sur la cohésion sociale. Bien que ces approches partagent des concepts et des méthodes, certaines différences peuvent être signalées. Dans la troisième partie, nous abordons sommairement la question de la mesure du capital social, qui fait l'objet d'un deuxième rapport. Enfin, la question de l'élaboration des politiques visant à renforcer ou à développer le capital social est effleurée dans la quatrième et dernière partie. On trouve, dans l'annexe A, un répertoire sommaire des groupes de recherche et des études liés à la problématique du capital social au Canada.

Les études sur le capital social

Approches et définitions

Les pionniers de la conceptualisation du capital social

Les origines du concept de capital social remontent aux années 1970 et sont souvent associées aux études menées par Coleman (1990) et par Putnam (1993). En essayant de trouver des facteurs autres qu'économiques pour expliquer la réussite de certains processus économiques, ces auteurs font appel à des concepts tels que la confiance, la participation de la société civile et les réseaux sociaux, le tout formant le « capital social » d'une collectivité donnée.

L'étude de Putnam, commencée dans les années 1970 mais publiée en 1993, visait à expliquer le rendement institutionnel et le développement socio-économique des régions italiennes, voire leur rendement industriel, tout en mettant en relation les traditions en matière d'engagement civique et les relations de pouvoir. Les résultats ont permis de classer les régions italiennes selon leur niveau de dynamisme civique, puis d'établir un lien avec leur développement socio-économique.

Par ailleurs, la présence, dans une collectivité, de réseaux de citoyens, comme les associations de voisins, les chorales, les coopératives, les clubs sportifs et les partis politiques, traduisent une intense interaction de type horizontal. Les membres de ces réseaux détiennent un statut semblable sur le plan du pouvoir. Plus ces réseaux sont denses dans une collectivité donnée, plus les citoyens vont être en mesure de travailler en collaboration pour le bien de celle-ci. Pourquoi ces réseaux d'engagement civique ont-ils un tel effet bénéfique? Putnam évoque quatre raisons principales à la page 174 de son ouvrage de 1993 :

- les réseaux constituent un obstacle pour les opportunistes dans les transactions interindividuelles (théorie du jeu),
- les réseaux adoptent des normes de réciprocité solides,
- les réseaux facilitent la communication et contribuent ainsi à l'accroissement de la confiance,
- les réseaux favorisent la survie du patrimoine historique.

Putnam définit le capital social ainsi :

> Les caractéristiques de l'organisation sociale, comme les réseaux, les normes et la confiance sociale, qui facilitent la coordination et la coopération pour un bénéfice mutuel. (Putnam, 1995, p. 67) [TRADUCTION]

Dans *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, publié en 2000, Putnam soutient qu'il y a, dans la société américaine, une baisse de l'engagement civique. Les Américains adhèrent de moins en moins à des groupes de la société civile, comme les ligues de quilles organisées. Il en résulte une érosion du capital social, c'est-à-dire des niveaux de confiance intangibles qui maintiennent la cohésion des sociétés et les gardent saines, vivables et dépourvues de criminalité.

Son étude montre également l'existence de niveaux de capital social plus élevés dans certains États (l'agglomération de Minneapolis-Saint-Paul, au Minnesota) et plus faibles dans d'autres (Baton Rouge, en Louisiane). Ce phénomène est lié, entre autres, au rapport que

chacune de ces régions a eu historiquement avec l'esclavage (Putnam, 2000) ainsi qu'à l'origine de sa population immigrante.

James Coleman est reconnu également comme un pionnier des études sur le capital social[4]. Dans son livre sur les fondations de la théorie sociale (1990), il associe le capital social aux relations sociales qui se tissent entre les individus :

> Le capital social serait alors constitué par les relations d'autorité, les relations de confiance et les normes. [...] Comme d'autres formes de capital, le capital social est productif. Il permet la réalisation de certains buts qui seraient inatteignables en son absence. [...] Contrairement à d'autres formes de capital, le capital social est inhérent aux relations entre les personnes. Il ne se situe ni dans les individus ni dans les instruments physiques de production. [TRADUCTION]

Les théoriciens du capital social se situent à l'opposé de la théorie économique classique et néoclassique. En effet, cette dernière suppose que la société est composée par la somme des personnes qui agissent individuellement pour atteindre des buts non collectifs. Les tenants du capital social estiment, en revanche, que cette vision n'est qu'une fiction, car les gens ne poursuivent pas nécessairement des intérêts individualistes et ils n'agissent pas non plus indépendamment les uns des autres.

Dans une perspective convergeant avec celle de Putnam, Fukuyama (1997) met en valeur la dimension culturelle de la vie économique. C'est précisément la culture qui serait à l'origine des différences de rendement économique entre les pays. Comparant des pays occidentaux avec des pays du Sud-est asiatique, Fukuyama distingue deux types de sociétés, les sociétés axées sur la famille et les sociétés axées sur la confiance. Dans les premières (la Chine, la France, l'Italie et la Corée du Sud), la famille est l'unité de base de l'organisation économique, il est, dans une certaine mesure, difficile de fonder des organisations qui dépassent le strict cadre de la famille, et l'État doit intervenir pour encourager la création d'entreprises. Dans les sociétés axées sur la confiance (le Japon et l'Allemagne), on trouve de grandes entreprises qui ne reposent pas sur la famille. Les relations de travail y sont plus efficaces et satisfaisantes et l'organisation du travail peut adopter des formes plus innovatrices.

En outre, la confiance sociale constitue la principale composante du capital social. Celui-ci est, pour Fukuyama, « un actif qui naît de la prédominance de la confiance dans une société ou dans certaines parties de celle-ci. Il peut s'incarner dans la famille, le groupe social le plus petit et le plus fondamental, aussi bien que dans le plus grand de tous, la nation comme dans tous les autres corps intermédiaires. » (Fukuyama, 1995, p. 37)

---

[4] Coleman signale que Loury (1977, 1987) a introduit pour la première fois le concept de capital social dans l'économie pour déterminer les ressources sociales utiles au développement du capital humain. Le même auteur cite les travaux de Ben-Porath (1980), qui ont mis au point le concept de la « F-connection », c'est-à-dire les réseaux que constituent les familles (families), les amis (friends) et les entreprises (firms). La plupart des travaux de recherche ultérieurs se servent de ceux de Putnam et de Coleman comme référence principale.

Les études récentes

La Banque mondiale s'intéresse au capital social depuis les trois dernières années, notamment en raison des rapports entre le capital social, la pauvreté et le développement. Ainsi, on trouve une section consacrée au capital social dans le site PovertyNet proposé par cette organisation internationale[5].

> Selon celle-ci, le capital social désigne les institutions, les relations et les normes qui façonnent la qualité des interactions sociales d'une société et leur quantité. Il existe de plus en plus de preuves que la cohésion sociale est cruciale pour la prospérité économique des sociétés et la durabilité de l'économie. Enfin, le capital social n'est pas une simple addition des institutions qui étayent la société, il est plutôt le ciment qui les maintient unies.

Le capital social serait ainsi associé, d'une part, à des réseaux sociaux et à des normes promues par ceux-ci (associations horizontales) et, d'autre part, à des valeurs et à des liens qui transcendent les divisions sociales d'une collectivité, comme la religion, l'ethnicité ou le statut socio-économique (associations verticales). Une vision plus large du capital social tient compte des deux types d'associations mentionnées ainsi que de l'environnement social et politique, qui façonne la structure sociale et permet l'élaboration de normes.

Le capital social a des effets positifs sur la production, en réduisant le coût des transactions commerciales, et sur le bien-être général d'une population. Il facilite la coordination et la coopération. Des études ont toutefois éveillé l'attention sur les effets négatifs que certaines associations basées sur des formes de capital social risquent d'avoir sur les intérêts collectifs (Banque mondiale, 2001; Lancy, 1997). Parmi ces regroupements, on trouve les cartels de narcotrafiquants et la mafia.

Dans l'éditorial du numéro thématique d'*Isuma* (la *Revue canadienne de recherche sur les politiques*) qui a été publié au printemps 2001 sur le capital social, celui-ci est défini comme l'ensemble des relations, des réseaux et des normes qui facilitent l'action collective. On signale toutefois que, si certains auteurs intègrent la confiance à cette définition, d'autres soutiennent qu'il importe d'établir la distinction entre la nature du capital social et ses effets. Une deuxième distinction fondamentale est soulignée, celle que l'on fait souvent entre le capital social affectif qui unit (bonding) et le capital social indirect qui relie (bridging). Le premier concerne les relations et les normes qui resserrent les liens entre les groupes. Le deuxième, pour sa part, établit des passerelles entre eux.

Par ailleurs, la notion de capital social s'approche de celles de cohésion sociale et de capital humain, deux concepts essentiels en politique et en recherche sur les politiques. Il y a un consensus selon lequel le capital social est à la fois une conséquence de la cohésion sociale et un facteur de celle-ci (Schuller, 2001).

---

[5] PovertyNet, site abrité par la Banque mondiale, se trouve à l'adresse suivante : worldbank.org/poverty/index.htm

Tableau synthèse 1 : Définitions du capital social

Auteurs	Définition
Banque mondiale (2001)	Le capital social désigne les institutions, les relations et les normes qui façonnent la qualité des interactions sociales d'une société et leur quantité.
***Isuma* (2001)**	On définit généralement le capital social comme l'ensemble des relations, des réseaux et des normes qui facilitent l'action collective. L'approche est heuristique plutôt que définitive; autrement dit, elle incite à se questionner et à réfléchir au lieu de fournir des réponses. C'est cette qualité heuristique qui constituerait l'atout principal et très puissant du concept de capital social.
Coleman (1990)	Le capital social serait alors constitué par les relations d'autorité, les relations de confiance et les normes. [...] Comme d'autres formes de capital, le capital social est productif. Il permet la réalisation de certains buts qui seraient inatteignables en son absence. [...] Contrairement à d'autres formes de capital, le capital social est inhérent aux relations entre les personnes. Il ne se situe ni dans les individus ni dans les instruments physiques de production.
Putnam (1995)	Les caractéristiques de l'organisation sociale, comme les réseaux, les normes et la confiance sociale, qui facilitent la coordination et la coopération pour un bénéfice mutuel.
Fukuyama (1997)	Le capital social est un actif qui naît de la prédominance de la confiance dans une société ou dans certaines parties de celle-ci. Il peut s'incarner dans la famille, le groupe social le plus petit et le plus fondamental, aussi bien que dans le plus grand de tous, la nation comme dans tous les autres corps intermédiaires.
Landry, Amara et Lamari (2001)	Le capital social renvoie aux ressources qui découlent de la participation à des réseaux de relations qui sont plus ou moins institutionnalisés.

Les critiques

Les travaux sur le capital social ont soulevé certaines critiques. La principale s'adresse à ceux de Putnam ainsi qu'aux recherches inspirées de cet auteur. On juge très restreinte la définition de la dimension associationniste qu'ils établissent. Cette dimension est à la base de ce que Putnam définit comme l'engagement civique, c'est-à-dire la participation des personnes à la vie de leurs collectivités[6], et ce à une échelle plus large que celle de la politique. Dans la recherche empirique, les indicateurs d'engagement civique ne tiennent pas compte des associations alternatives ni des nouveaux mouvements sociaux. En effet, dans sa thèse sur la baisse du capital social aux États-Unis, Putnam prend comme exemple la diminution, au fil des ans, de la participation aux associations parents-maîtres traditionnelles, sans tenir compte des associations parents-maîtres alternatives, qui pourraient représenter un capital social de relais (Van Rooy, 2001).

Par ailleurs, les travaux de recherche sur le capital social privilégient des formes classiques d'associationnisme et négligent le rôle des mouvements sociaux. Ils ignorent les formes les plus anciennes (p. ex., les mouvements écologiste, féministe, des jeunes et des droits de la personne) ainsi que les formes qui ont émergé durant les années 1990. Parmi ces derniers mouvements, on trouve ceux qui ont pris de l'ampleur grâce aux soutien des nouvelles

[6] Putnam écrit : « I use the term "civic engagement" to refer to people's connections with the life of their communities, not only with politics. ». (Putnam, 1996)

technologies de l'information et des communications, comme les réseaux, et les mouvements sociaux à l'échelle locale, régionale et mondiale. Il existe aussi une diversité de mouvements fondés sur un renouvellement proactif du concept de citoyenneté. Mentionnons, à titre d'exemples, ceux qui préconisent des modèles socio-économiques de rechange aux modèles dominants. Entre autres, ils s'opposent à la mondialisation et au libre-échange et préconisent le commerce équitable et l'imposition d'une taxe sur les transactions financières.

Enfin, toujours sur le plan de l'associationisme, les recherches oublient aussi les groupes d'entraide, comme les Alcooliques Anonymes, les Émotifs Anonymes et les regroupements de familles monoparentales. Ces groupes fournissent un soutien important à leurs adhérents, s'auto-organisent et sont complètement autonomes du secteur public.

D'autres observations soulèvent le contraste des conclusions que Putnam tire de ses recherches en Italie et aux États-Unis. Alors que, en Italie, l'auteur souligne la durabilité séculaire des pratiques liées au capital social, aux États-Unis, il constate une chute de ces pratiques qui le mène à une vision un peu pessimiste de leur avenir.

Enfin, des auteurs comme Lenci (1997) invitent à faire une lecture critique de l'utilisation du concept, en expliquant que, tel qu'il est défini, le capital social pourrait s'appliquer également à une organisation de type criminel comme la mafia italienne.

En ce qui touche le lien entre le capital social et la santé, Pope (2000) critique la superficialité de la mesure du capital social dans les enquêtes sur la santé. L'auteure signale que la recherche sur le capital social exige une mesure de la force des liens sociaux qui permette de déterminer ensuite les ressources ou les avantages susceptibles d'être engendrés par ceux-ci. Dans le contexte actuel, les enquêtes ne seraient capables que de mesurer le premier aspect, délaissant ainsi le deuxième.

Approches adoptées dans les études sur les déterminants sociaux de la santé

Durant les années 1990, l'intérêt pour les déterminants sociaux de la santé situés dans l'interphase individu-société s'est renouvelé. On a alors assisté à une nouvelle vague de recherches. Parmi les aspects examinés, signalons l'incidence des inégalités économiques et de l'environnement social de proximité (amis, famille, voisins) sur la santé, les retombées d'une plus grande participation aux activités communautaires, et la menace que représente la perte des valeurs culturelles ancestrales dans le cas des collectivités autochtones.

On peut distinguer, parmi ces recherches, quatre approches :

- L'approche axée sur la santé des collectivités
- L'approche axée sur le capital social
- L'approche axée sur les inégalités socio-économiques
- L'approche axée sur la cohésion sociale

La collectivité comme déterminant social de la santé

Cette approche met l'accent sur le rôle de la collectivité dans l'amélioration et la préservation de l'état de santé de sa population. Elle s'interroge sur le niveau de santé des collectivités à travers le Canada et sur les éléments dont celles-ci ont besoin pour améliorer leur état de santé ou demeurer saines. Les indicateurs utilisés dans le cadre de cette approche concernent la santé mentale, l'environnement, l'économie et le milieu social. En voici quelques exemples : le taux d'alcoolisme, le taux de suicide, le taux de violence familiale, mais aussi la perte des valeurs et des coutumes traditionnelles (dans le cas des collectivités autochtones, notamment). Des concepts tels que la capacité communautaire, la résilience et l'efficacité communautaire sont associés à cette approche, qui s'inspire des grandes lignes de la promotion de la santé. Plusieurs initiatives qui ont vu le jour depuis les années 1980 s'inscrivent dans cette mouvance. Parmi elles, mentionnons les villes et villages en santé, les écoles-santé et les hôpitaux-santé.

Cette approche préconise la participation d'intervenants et de membres de la collectivité. Celle-ci doit prendre les choses en main ou participer activement. L'intervention peut se faire dans le cadre d'une recherche-action.

Tableau synthèse 2. Approche axée sur la santé des collectivités

Auteurs	Frankish et al. (groupe de la Colombie-Britannique), Kulig et al. (groupe de l'Alberta), chercheurs de l'Atlantic Health Promotion Research Centre, Hancock, Labonté, Edwards.
Cadre conceptuel	Il s'agit d'analyser des déterminants sociaux de la santé au niveau communautaire.
Exemples d'études réalisées	• Études de Kulig et al. sur les collectivités minières de l'Alberta et du Kentucky • Études menées par l'Atlantic Health Promotion Research Centre sur les collectivités rurales • Projet EAGLE sur quatre collectivités autochtones (soutenu par Santé Canada)
Méthodologie	• Études qualitatives et intervention • Études de cas
Indicateurs	Concernent la santé mentale, l'environnement et le milieu social des membres de la collectivité. Exemples : • le taux d'alcoolisme • le taux de suicide • le taux de violence familiale.
Type d'intervention	Équipes formées par divers intervenants et membres de la collectivité. Nécessité d'une prise en main par la collectivité. Possibilité d'intervenir dans le cadre d'une recherche-action.

Le capital social comme déterminant social de la santé

Les études liant la santé au capital social

La prise en compte des facteurs sociaux pour expliquer des problèmes touchant la santé des collectivités n'est pas un phénomène récent. Déjà, en effet, Durkheim avait démontré, dans son étude sur le suicide, l'importance de l'intégration sociale pour le bien-être de la population (Kawachi et al., 1999, p. 1187). À la fin des années 1970, une recherche longitudinale, réalisée au fil de neuf années auprès des résidants du comté d'Alameda, aux États-Unis, a soulevé l'importance des liens sociaux pour la santé de la population étudiée (Berkman et Syme, 1979; Berkman et Breslow, 1984). Cette recherche a prouvé que les personnes dont les liens sociaux étaient faibles ou inexistants avaient plus de probabilités de mourir que celles dont les liens étaient forts.

Cette recherche, ainsi que d'autres qui l'ont suivie (House, Robbins et Metzner, 1982), ont mis en relief l'étroite relation entre les réseaux sociaux et les taux de mortalité. Plus précisément, ces études ont conclu que les personnes dépourvues de soutien social étaient exposées à un risque de décès de deux à trois fois plus élevé que celles qui étaient bien insérées dans des réseaux sociaux.

Dans l'un de ses ouvrages les plus récents, qui date de 2000, Putnam consacre un chapitre à la présentation de preuves de la relation positive entre la santé et le capital social. Il y aurait, selon sa recherche, une forte relation positive entre l'indice de santé publique et l'indice de capital social, ainsi qu'une relation négative entre l'indice de capital social et l'indice global des causes de mortalité. En outre, l'auteur souligne que les effets positifs de l'intégration et du soutien sociaux rivalisent avec les effets de risques connus pour la santé comme le tabagisme, l'obésité, l'hypertension et l'inactivité physique. Bref, les preuves des effets de l'intégration

sociale sur la santé sont, statistiquement parlant, très fortes (House et al., cité dans Putnam, 2000).

S'inspirant de ces études, Kawachi (1997, 1999) a établi une corrélation positive entre le capital social et l'état de santé en utilisant des indicateurs comme le taux de mortalité et l'état de santé auto-évalué. Hyyppä et Mäki (2001) ont conclu que la plus grande longévité de la vie active des Finlandais de langue suédoise semble être associée aux réseaux sociaux qu'ils instaurent.

Depuis la fin des années 1990, on assiste à la prise en compte du capital social comme déterminant de certaines maladies. Bien que très récentes, ces recherches deviennent de plus en plus fréquentes. On a étudié notamment le lien entre la participation des membres d'une collectivité aux organisations bénévoles et la prévalence du sida (Campbell, Williams et Gilgen, 2002) et l'influence du capital social sur l'hypertension (Worsley, 2001).

L'analyse de l'influence des facteurs de risque classiques dans l'étude des maladies se voit ainsi enrichie par la prise en compte de l'influence exercée par la communauté sur l'individu, notamment à travers la manière d'interagir de celui-ci avec les autres membres de sa collectivité.

Comment le capital social est-il défini dans les études qui le lient à la santé?

Le capital social serait un indicateur de la santé d'un pays aussi important que le taux de chômage, le produit intérieur brut ou les conditions environnementales (Putnam, 2000).

Pour analyser ce déterminant social de la santé, les chercheurs font intervenir essentiellement les indicateurs de base du capital social, tel qu'il a été défini à l'origine par Coleman (1990) et Putnam (1995). Bien que ni le concept ni les indicateurs ne constituent des nouveautés dans le domaine de la santé, les études des théoriciens du capital social ont toutefois renouvelé l'approche et inspiré d'autres études plus récentes dans le domaine, notamment celles de Kawachi et de ses collaborateurs (1997, 1999). Cet auteur utilise le concept de capital social comme une combinaison d'indicateurs regroupant la confiance sociale, la participation civique et les réseaux (voir le tableau synthèse 6).

Si les études ont réussi à montrer, par l'entremise des analyses statistiques, qu'il existe bel et bien des relations entre les variables mentionnées, les mécanismes sous-jacents à ces liens demeurent encore méconnus. Il en est ainsi, par exemple, de l'association entre l'inégalité de la répartition des revenus et les taux de mortalité (Kawachi et al., 1997). Certains auteurs signalent, à titre d'hypothèse, que l'intensification de l'inégalité de la répartition de la richesse engendre un accroissement de la frustration, qui risque, à son tour, d'avoir des effets négatifs sur la santé physique et psychique des personnes (Wilkinson, 1996; Santé Canada, 1999).

Les constats qui se dégagent de ces analyses ont encouragé de plus en plus la recherche sur les dimensions sociales et communautaires de la santé. Les chercheurs en milieu universitaire, le secteur public (les ministères et les agences de santé) et même les organismes internationaux se penchent sur la question.

Tableau synthèse 3. Approche axée sur le capital social

Auteurs	R. Putnam (1993, 1995, 2000), J. Coleman (1988, 1990), P. Bourdieu (1986), F. Fukuyama (1997), Banque mondiale (2000)
Cadre conceptuel	Il s'agit de lier le capital social et le rendement institutionnel et économique (étude de Putnam sur l'Italie), ou le capital social et le bien-être des enfants, le taux de criminalité, l'humeur des gens, la santé, les fraudes fiscales, la tolérance, l'égalité économique, l'égalité civique et le rendement éducatif (étude de Putnam sur les États-Unis).
Exemples d'études réalisées	Études de Putnam sur l'Italie (années 1970) et sur les États-Unis (années 1990)
Méthodologie	Études qualitatives, mais surtout quantitatives et comparatives
Indicateurs	Concernent le domaine social : la confiance, le civisme, la participation, les réseaux, etc. Construction d'indices.
Type d'intervention	Les études de grande envergure sur le capital social ne visent pas l'intervention. Elles peuvent toutefois servir à l'élaboration des politiques.

La Banque mondiale répertorie sept grandes sources de capital social :

- Les familles, parce qu'elles sont les principales sources de bien-être économique et social pour leurs membres. La famille est la première composante de base du capital social pour la société en général.
- Les collectivités, par le biais des relations de voisinage, des amis et des groupes.
- Les entreprises, car, pour construire et maintenir des organisations efficientes, on a besoin de confiance et d'un but commun.
- La société civile, parce que, par l'entremise de ses organisations, elle donne des occasions de participation.
- Le secteur public, parce qu'il joue un rôle essentiel dans le fonctionnement de toute société.
- L'ethnicité, à travers des regroupements ou des associations ethniques très présents, notamment dans les domaines de l'immigration et du développement de micro-entreprises.
- Le sexe, par le biais des réseaux sociaux qui contribuent à améliorer la qualité de vie des femmes.

Les inégalités socio-économiques comme déterminants de la santé

Les études réalisées dans le cadre de cette approche visent à lier la santé aux inégalités socio-économiques, notamment aux chapitres de la répartition des revenus, de la concentration de la pauvreté et de la ghettoïsation. L'idée de départ est que ce n'est pas tant la richesse d'un pays qui détermine l'état de santé des citoyens que sa répartition. Les inégalités sont liées à la mortalité indirectement (p. ex, les faibles investissements publics et le faible stock de capital social) et directement (p. ex., les frustrations et les tracasseries dérivant de la perception de l'infériorité de sa propre situation sociale) (Wilkinson, 1996; Ross, 2000; Santé Canada, 1999).

Santé Canada (1999) adhère à cette hypothèse. Dans son rapport sur les déterminants de la santé, le Ministère signale que « l'état de la santé s'améliore à chaque étape de la hiérarchie des revenus et du niveau social » et que « les populations les plus en santé sont celles qui se trouvent dans les sociétés prospères où la richesse est répartie de façon équitable. »

Pourquoi existe-t-il un lien entre des revenus plus élevés, la situation sociale et une meilleure santé? En général, la pauvreté est associée aux conditions de vie défavorables (p. ex., un mauvais logement et une alimentation inadéquate), mais c'est depuis peu qu'on « commence à mieux comprendre les mécanismes biologiques en jeu dans ces situations. Un certain nombre d'études récentes indiquent qu'une situation où les solutions sont limitées et le manque d'habiletés d'adaptation face au stress accroissent la vulnérabilité à toute une gamme de maladies par des voies qui touchent les systèmes immunitaire et hormonal. » (Santé Canada, 1999)

Santé Canada constate aussi qu'il y a de plus en plus de preuves qu'une meilleure situation sociale et économique va de pair avec une meilleure santé. On signale, enfin, que le niveau de revenu et la situation sociale semblent être les déterminants les plus importants de la santé[7].

Cette approche s'appuie sur des analyses statistiques concernant les relations entre, par exemple, la répartition des revenus et les taux de mortalité d'une population. C'est dans cette perspective que s'inscrit la recherche menée par Ross (Groupe d'analyse et de modélisation de la santé, Statistique Canada, 2001), qui met à contribution des comparaisons internationales. Ce projet propose d'explorer, dans un premier temps, la dynamique des inégalités de revenus et les liens avec la santé dans la société canadienne. Dans un deuxième temps, la recherche visera à élaborer une série d'indicateurs socio-économiques pour repérer les facteurs qui lient le plus fortement les inégalités à la mortalité. Elle prévoit aussi comparer la situation des grandes villes américaines et canadiennes (Dunn et Ross, 2000). Signalons que, contrairement aux conclusions de la recherche réalisée aux États-Unis, les premiers résultats de celle effectuée au Canada ne montrent pas de rapport entre l'inégalité des revenus et la mortalité, que ce soit au niveau des provinces ou à celui des régions métropolitaines. La relation entre le statut socio-économique et la santé existe néanmoins au niveau des individus. Les chercheurs formulent trois hypothèses pour expliquer l'absence de rapports entre la santé et l'inégalité des revenus : l'universalité du système de soins de santé au Canada, l'écart moins prononcé des revenus dans celui-ci et la différence entre les milieux urbains des deux pays (Ross, 2001).

[7] On peut consulter le rapport sur les déterminants de la santé dans le site Internet de Santé Canada : www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/determinants/index.html#evidence

Tableau synthèse 4. Approche axée sur les inégalités socio-économiques

Auteurs	Wilkinson (1996), Groupe d'analyse et de modélisation de la santé, Statistique Canada (N. Ross et J. Dunn, etc.), Santé Canada (1999).
Cadre conceptuel	Il s'agit de lier les inégalités socio-économiques (répartition des revenus, pauvreté, ghettoïsation dans les grandes villes, etc.) et la santé (indicateurs traditionnels, p. ex., le taux de mortalité).
Exemples d'études réalisées	Analyses statistiques de la relation entre la répartition des revenus et l'état de santé d'une population
Méthodologie	Études quantitatives (analyses multifactorielles, etc.)
Indicateurs	Économiques (taux de pauvreté, répartition des revenus, ségrégation résidentielle, etc.) et de l'état de santé
Type d'intervention	Élaboration de politiques

Cohésion sociale et santé

La cohésion sociale suppose la constitution de valeurs et d'interprétations communes, la réduction des écarts de richesse et de revenu et le sentiment de partager une entreprise commune et d'appartenir à une même collectivité (Maxwell, 1996, cité dans Jenson, 1998).

Regroupement de 23 ministères et organismes fédéraux, le Réseau de la cohésion sociale a élaboré la définition suivante : « La cohésion sociale est un processus continu d'élaboration d'un ensemble de valeurs partagées, de défis partagés et de possibilités égales au Canada, le tout fondé sur un sentiment de confiance, d'espoir et de réciprocité entre tous les Canadiens. »

Les recherches réalisées au Canada dans le cadre du Réseau de la cohésion sociale visent à connaître les dimensions de la cohésion sociale de la société canadienne et à repérer les lignes de faille, les axes d'identification à la communauté et les répercussions sur la cohésion sociale. Les liens entre la santé et la cohésion sociale constituent l'une des préoccupations de ce chantier, qui est canalisée par la participation de Santé Canada au Réseau. Le capital social est, selon cette approche, un atout de la société civile qui renforce la cohésion sociale.

D'un point de vue méthodologique, les études réalisées à partir de cette approche sont quantitatives et qualitatives.

Tableau synthèse 5. Approche axée sur la cohésion sociale

Auteurs	Sous-comité de recherche sur les politiques en matière de cohésion sociale du Projet de recherche sur les politiques et Réseau de la cohésion sociale
Cadre conceptuel	Il s'agit de connaître les dimensions de la cohésion sociale de la société canadienne et de repérer les lignes de faille, les axes d'identification à la communauté et les répercussions sur la cohésion sociale. Les liens avec l'état de santé constituent l'une des dimensions. Le capital social est, selon cette approche, un atout de la société civile qui renforce la cohésion sociale.
Exemples d'études réalisées	Recherche sur les indicateurs sociaux de la cohésion sociale Autres recherches en milieu universitaire
Méthodologie	Études quantitatives et qualitatives
Indicateurs	Indicateurs sociaux, indicateurs économiques, indicateurs axés sur le capital social et indicateurs de l'état de santé
Type d'intervention	Élaboration de politiques

En conclusion, ces quatre approches ne fonctionnent pas en vase clos. Les passerelles entre elles sont de plus en plus fréquentes et le degré de complexité varie. En effet, on trouve des recherches:

- qui portent sur la relation entre le capital social et l'état et le niveau de santé d'une population (Kawachi et al., 1996, 1997; Wilkinson, 1999);
- qui se penchent sur les liens entre les inégalités socio-économiques, le capital social et la santé (Kawachi et al., 1997);
- qui s'inscrivent dans une perspective axée sur la santé des collectivités, mais qui incorporent des indicateurs relatifs au capital social (Frankish et al., 1999; Kreuter, Young et Lezin, 1998);
- qui partent d'une approche axée sur la cohésion sociale et incorporent des indicateurs relatifs au capital social (Réseau de la cohésion sociale, 2001).

Les indices de bien-être

Nous reprenons, dans ce point, la contribution que représente la construction d'indices regroupant des indicateurs économiques et sociaux pour mieux exprimer le bien-être des communautés. Sharpe (2000), dans une tentative de classement des indicateurs de bien-être au Canada, les regroupe en quatre catégories :

- les séries temporelles d'indices de bien-être (p. ex., la Measure of Economic Welfare);
- les indices transnationaux de bien-être (p. ex., l'Indice de progrès social);
- les indices relatifs aux provinces et aux collectivités (p. ex., l'Indice de la qualité de vie d'Ottawa-Carleton);
- les ensembles d'indicateurs sociaux (p. ex., le système de suivi de la qualité de vie de la Fédération canadienne des municipalités).

Ces indices permettent d'évaluer, entre autres, l'évolution des conditions sociales, économiques, sanitaires et environnementales au fil de nombreuses années (dans certains cas) et de rendre compte de leur amélioration ou de leur déclin. Ainsi, l'étude réalisée sur l'Alberta a constaté que, bien que la province ait bénéficié d'une croissance économique, les indicateurs montrent que, sur le plan du bien-être social, le progrès n'est pas aussi grand et même que, à certains chapitres, il y aurait un recul (notamment en ce qui concerne le taux de pauvreté et de chômage). Par ailleurs, la répartition des revenus serait une dimension peu progressiste et, dans le domaine de l'environnement, la prospérité économique a entraîné des coûts écologiques importants. Ces indices sont construits à partir de sources de données existantes, notamment celles de Statistique Canada et d'organismes provinciaux. Cela veut donc dire qu'il y a forcément une adéquation de l'indicateur au concept (qui définit ce que l'on veut mesurer) et non l'inverse.

Tableau synthèse 6. Études réalisées sur le capital social et la santé

Auteur de l'étude et année	Objectifs	Sources	Indicateurs utilisés	Résultats
Berkman et Syme (1979)	Repérer et analyser les relations entre les liens sociaux et communautaires et la mortalité dans le comté d'Alameda.	Sondage du Human Population Laboratory (département des Services de santé de l'État de Californie)	1. Mariage 2. Contacts avec la famille et les amis 3. Participation à la vie religieuse 4. Participation aux activités de groupes officiels et officieux	Les personnes dont les liens sociaux étaient faibles ou inexistants avaient plus de probabilités de mourir durant la période suivant l'étude que celles dont les liens étaient forts.
Kawachi, Kennedy, Lochner et Prothrow-Stith (1997)	Déterminer les relations entre la répartition des revenus, la mortalité et le capital social	1. General Social Surveys (National Opinion Research Center) 2. Recensement des États-Unis	1. Engagement civique (participation à la vie associative et communautaire) 2. Confiance sociale (trois questions)	1. Relation négative entre le degré d'inégalité de la répartition des revenus et la participation aux activités de la communauté 2. Relation positive entre la participation civique et le taux de mortalité. 3. Relation positive entre le niveau d'inégalité de la répartition des revenus et le manque de confiance. 4. Dans les États où le taux de participation civique était parmi les plus élevés, on a constaté des taux plus faibles de mortalité causée par des maladies cardiaques et des tumeurs malignes.
Kreuter, Young et Lezin (1998)	1. Mesurer le stock de capital social de deux collectivités rurales des États-Unis 2. Déterminer la possibilité d'une association entre le capital social et l'efficacité de la promotion des programmes de santé.	1. Sondage téléphonique 2. Entrevues avec des leaders communautaires 3. Analyse du discours (journaux locaux)	Participation civile, confiance, engagement social et réciprocité	Association positive entre le capital social et l'efficacité des interventions
Putnam (1995)		1. Banques de données d'organisations 2. Sondage Roper 3. Sondage DDB	1. Appartenance à des associations bénévoles (trente des plus importantes, comme les Chevaliers de Colomb) 2. Appartenance à des organisations professionnelles (p. ex., l'American Medical Association) 3. Questions du sondage Roper sur la participation civique (p. ex., la signature d'une pétition) 4. Questions du sondage DDB (fréquence de certains comportements, p. ex., aller à l'église, faire du bénévolat)	Baisse du capital social aux États-Unis, selon les tendances à long terme constatées durant le XX^{e} siècle.

Comment mesurer le capital social?

L'échelle retenue pour analyser le capital social diffère amplement dans les études repérées. Des études portent sur le capital social d'une petite collectivité (Kreuter et al., 1998), d'autres comparent des provinces ou des régions d'un pays (Putnam, 2000), d'autres, enfin, utilisent les pays comme unités d'analyse comparative (Knack et Keefer, 1997). En outre, les recherches sur le capital social mettent beaucoup l'accent sur les comparaisons, même celles qui sont réalisées à l'échelle communautaire.

La Banque mondiale distingue trois types d'approches méthodologiques pour mesurer le capital social (Banque mondiale, 2001), à savoir :

- les études quantitatives;
- les études comparatives;
- les études qualitatives.

Les études quantitatives

Les études quantitatives se servent de sources de données de grande envergure pour leurs analyses. Ainsi, Knack et Keefer (1997) ont fait appel à la World Values Survey pour puiser les indicateurs de confiance et les normes civiques qu'ils ont utilisés pour analyser 29 économies de marché.

Les études appuyées par la Banque mondiale dans des pays africains sont aussi, pour la plupart, des études quantitatives. Mentionnons le travail de Narayan et Pritchett (1998), qui visait à mesurer le capital social en Tanzanie. Les chercheurs ont élaboré une enquête destinée spécialement à cette fin et se sont servis d'une enquête sur la pauvreté (la Tanzania Social Capital and Poverty Survey) pour les variables, comme la répartition des revenus, qui sont liées au capital social.

Kawachi et ses collaborateurs (1997) ont utilisé les données de la General Social Survey[8] et du recensement national pour leurs analyses sur le capital social et la santé aux États-Unis. Ces recherches s'inscrivent dans une approche nettement quantitativiste.

Les études comparatives

Ce type d'étude vise à comparer, entre autres, des collectivités, des pays, des régions et des regroupements de pays. Mentionnons, à titre d'exemple, l'étude de Putnam sur l'Italie (1993), qui est à l'origine de la conceptualisation du capital social. Dans cette recherche, Putnam s'interroge sur les motifs des grandes différences entre les provinces italiennes sur les plans économique, social et institutionnel. Dans celle sur les États-Unis (2000), le même auteur compare le comportement des États américains face à la criminalité, à la santé, à l'éducation et à d'autres réalités en fonction de leur stock de capital social.

Kreuter, Young et Lezin (1998) ont comparé deux collectivités rurales des États-Unis, afin de déterminer s'il existait une association entre le capital social et l'efficacité de la promotion des programmes de santé.

---

[8] Cette enquête est réalisée par le National Opinion Research Center.

Certains chercheurs ont exploré les différences entre les communautés d'immigrants aux États-Unis sur le plan du capital social. Portes (1995) et Light et Karageorgis (1994)[9] ont montré que certains groupes, comme les Coréens installés à Los Angeles ou les Chinois établis à San Francisco, s'intégraient mieux à la société d'accueil grâce à leurs réseaux de soutien des nouveaux arrivés.

Au Canada, Buckland et Rahman (1999) ont comparé la réaction de trois collectivités éprouvées par l'inondation de la rivière Rouge au Manitoba en 1997. La recherche a montré que les deux collectivités qui bénéficiaient d'un stock de capital social plus élevé ont réussi à s'organiser plus rapidement et plus efficacement que la troisième, au stock plus faible.

Les études qualitatives

Parmi les recherches répertoriées sur le capital social, les études qualitatives sont minoritaires. L'étude canadienne susmentionnée sur les trois collectivités rurales manitobaines est un exemple de ce type d'étude. Les techniques de collecte de l'information ont été essentiellement d'ordre qualitatif. Par exemple, on a réalisé des entrevues avec des leaders et recouru à l'observation participante.

La recherche de Kreuter, Young et Lezin (1998) constitue un autre exemple d'étude qualitative. Les chercheurs ont utilisé des techniques de collecte de l'information telles que des entrevues avec des leaders communautaires et des analyses du discours de journaux locaux[10]. Ils ont également fait appel à des techniques de collecte quantitatives, comme des sondages téléphoniques.

Les indicateurs

Même si le débat est présent, il y aurait un certain consensus sur le choix des indicateurs les plus fréquemment utilisés pour mesurer le capital social. En effet, les études demeurent fidèles, pour la plupart, aux définitions et aux indicateurs établis par les théoriciens du capital social. En ce sens, la **confiance** paraît comme l'un des plus importants. La confiance envers autrui et la confiance envers les institutions (gouvernement, police, politiciens, journalistes, etc.) constituent les deux volets de cet indicateur.

Le deuxième indicateur clé est **l'engagement civique**, qui se mesure par l'appartenance ou la participation à des organisations, à des groupes ou à des réseaux qui proposent des activités de nature sociale ou politique[11]. Les recherches distinguent, à l'intérieur de cet indicateur, deux volets. L'un concerne la participation aux activités communautaires, notamment par l'entremise d'associations de voisins ou de parents, du bénévolat, de ligues sportives, d'organismes militants ou d'autres formes d'activisme. L'autre s'intéresse à la prise d'une part à la vie politique, entre autres par la participation aux élections et la signature de pétitions.

Les **réseaux sociaux** constituent le troisième indicateur qu'on retrouve fréquemment dans les recherches répertoriées. Ils sont formés par l'entourage immédiat de la personne et par

---

[9] Il s'agit de travaux recensés dans le site de la Banque mondiale.

[10] Il s'agissait de recenser le mot « participation » ainsi que d'autres mots ou expressions associés à un comportement civique actif.

[11] On trouve plusieurs termes pour définir cet indicateur dans la littérature sur le capital social. Les plus fréquents sont « participation civile », « engagement social », « engagement communautaire », « engagement civique » et « participation communautaire ».

des réseaux secondaires. Dans les réseaux axés sur l'individu, on englobe les réseaux de proximité, c'est-à-dire la famille proche, les amis et les voisins avec lesquels la personne entretient des contacts fréquents et qui lui donnent leur soutien. D'ailleurs, ce type d'appui, baptisé « soutien social », a été le premier à être associé à la santé dans la recherche sur les déterminants sociaux. Dans les réseaux secondaires, on inclut les réseaux construits par les rapports que les individus établissent notamment dans les milieux de travail et de loisirs, lors d'activités communautaires ou à l'église. On essaie de capter, par le truchement de cet indicateur, la fréquence et la qualité des rapports entretenus par les personnes.

Parmi les indicateurs fréquemment associés au capital social, mentionnons la répartition des revenus et le niveau de cohésion sociale d'une collectivité, qui s'exprime par le respect de la diversité et du pluralisme dans toutes ses formes.

Les indicateurs clés :

- la confiance;
- l'engagement civique (participation aux activités communautaires ou politiques);
- les réseaux sociaux.

Étant donné l'importance du choix d'indicateurs pour réaliser le deuxième objectif du présent travail, cette question est reprise dans le deuxième rapport. Il est opportun de signaler néanmoins que, bien que les recherches sur le capital social soient abondantes, les considérations méthodologiques ne le sont pas. Par ailleurs, dans les recherches sur les liens entre la santé et le capital social, les chercheurs se limitent à associer un ou deux indicateurs de capital social avec un indicateur de santé (la mortalité ou l'état de santé auto-évalué). Il s'agit, en général, d'un choix dicté par la disponibilité des données.

Quelle est l'unité d'observation valide du capital social?

La littérature sur le capital social hésite entre deux unités d'observation : les espaces géographiques (Putnam, 1993) et les espaces professionnels (Cohen et Fields, 1998). Quant à l'étendue de l'espace géographique à étudier, le consensus est loin d'être établi. Certains chercheurs soutiennent que le capital social s'évalue au niveau de l'ensemble des pays (Fukuyama, cité par Landry, Amara et Lamari, 2001), mais la perspective dominante adopte la région ou la collectivité comme unité d'observation et d'analyse (Putnam, 1993 et 2000). Comme dans le cas du choix des indicateurs, les observations des chercheurs suivent habituellement les frontières administratives marquées par les données statistiques disponibles. Ces frontières ne correspondent pas toujours à celles des unités réelles d'interaction entre les acteurs, comme le signalent Landry, Amara et Lamari (2001).

Par ailleurs, Glaeser (2001) fait remarquer que la décision d'investir dans le capital social est prise par les personnes et non par les collectivités. Dans ce sens, le capital social devrait être défini au niveau de l'individu, de manière à pouvoir comprendre sa formation à une plus grande échelle.

Capital social et politiques de santé

Les recherches associant le capital social à la santé démontrent que plus le niveau de capital social est élevé dans une collectivité, meilleur est son état de santé. Le renforcement du capital social des collectivités (et des pays) constituerait, par conséquent, une voie fort prometteuse pour la réduction des inégalités en matière de santé.

Certains chercheurs distinguent toutefois deux approches différentes en ce qui touche l'appropriation que les décideurs pourraient faire du capital social (Labonté, 1999). Pour les décideurs qui s'alignent sur la doctrine néolibérale et privilégient le marché au détriment de l'aspect social, le capital social pourrait être utilisé pour justifier la privatisation, voire la réduction des services publics. Pour les décideurs qui sont partisans de la justice sociale et préfèrent l'aspect communautaire, le capital social serait un but à atteindre qui suppose une intervention étatique pour contrôler le marché et réduire les inégalités.

Par-delà les deux approches, un certain consensus semblerait se dégager sur le fait que le capital social pourrait constituer une nouvelle forme d'instrument non économique de politique publique qui aurait l'avantage d'exiger moins de ressources budgétaires et réglementaires (Landry, Amara et Lamari, 2001). Quelle que soit l'approche privilégiée, ce serait une erreur de sous-estimer la capacité de réaction de la communauté aux interventions extérieures. En effet, la recherche réalisée au Manitoba à la suite des inondations de la rivière Rouge en 1997 a mis en évidence l'incidence positive du capital social sur la capacité des collectivités à répondre efficacement à la catastrophe (Buckland et Rahman, 1999). Les communautés pourvues d'un niveau plus élevé de capital social, de capital humain et de capital physique ont mieux réagi à l'inondation. En revanche, ce sont ces mêmes collectivités qui ont résisté davantage à la mise en œuvre des mesures publiques.

Bibliographie

BÉLANGER, Jean-Pierre, Robert SULLIVAN et Benoît SÉVIGNY (2000). *Capital social, développement communautaire et santé publique : réflexions sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la population*, Montréal, ASPQ Éditions, 224 p.

BERKMAN, Lisa, et Leonard SYME (1979). « Social networks, host resistance, and mortality : a nine-year follow-up study of Alameda County residents », *American Journal of Epidemiology*, vol. 109, n° 2, p. 186-204.

BORDIEU, Pierre (1986). « The Forms of Capital », dans John G. Richardson, éd., *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, New York, Greenwood Press, p. 241-258.

BOSWELL-PURDY, Jane (2001). *Social Variables as Predictors of Health and Mortality*, Division de la recherche sur les politiques, Santé Canada. Document de travail interne.

BOUCHARD, Marie, Olga NAVARRO-FLORES et Lucie MAGER (1998). *Le capital social : origine, développements, applications et critiques de la notion*. Recueil de textes, Cahiers du CRISES (Centre de recherche sur les innovations dans l'économie sociale, les entreprises et les syndicats), Université du Québec à Montréal.

BRINK, Satya, et Allen ZEESMAN (1997). *La mesure du bien-être social : Un indice de santé sociale pour le Canada*, Développement des ressources humaines Canada, édition Internet, 1998.
www.hrdc-drhc.gc.ca/arb/publications/research/abr-97-9f.shtml

BUCKLAND, Jerry, et M. Matiur RAHMAN (1999). « Community-based Disaster Management during the 1997 Red River Flood in Canada", *Disasters*, vol. 23, n° 2, p. 174-191.

CAMPBELL, C., B. WILLIAMS et D. GILGEN (2002). « Is social capital a useful conceptual tool for exploring community level influences on HIV infection? An exploratory case study from South Africa. », *AIDS-Care*, vol. 14, n° 1, p. 41-54.

CANADIAN COUNCIL ON SOCIAL DEVELOPMENT (2000). *Social Cohesion in Canada: Possible Indicators*. Rapport élaboré pour le Réseau de la cohésion sociale, Patrimoine canadien (Recherche stratégique et analyse) et Justice Canada (Division de la recherche et de la statistique). N° de référence : SRA-453, 132 p.

COLEMAN, James (1988). « Social Capital in the Creation of Human Capital », *American Journal of Sociology*, vol. 94 (supplément), p. S95-S120.

COLEMAN, James (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge, Mass., Belknap Press of Harvard University Press, xvi, 993 p.

DESMARTEAU, Robert (2000). *Modéliser le capital social : pertinences et limites*. Recueil de textes. Cahiers du CRISES (Centre de recherche sur les innovations dans l'économie sociale, les entreprises et les syndicats), Université du Québec à Montréal.

DUNN, James, et Nancy ROSS (2000). *Metropolitan Socio-economic Inequality and Population Health*. Demande de programme de recherche, Institut sur la santé de la population canadienne.

FRANKISH, C. James, et Ann BISHOP (1999). *Measuring Health of Communities in the Canadian Community Health Survey*. Rapport sur l'inclusion des indicateurs de santé dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, élaboré pour Santé Canada dans le cadre de l'entente avec l'Institute of Health Promotion Research, de l'Université de la Colombie-Britannique.

FUKUYAMA, Francis (1997). *La confiance et la puissance : vertus sociales et prospérité économique*, traduit de l'anglais (États-Unis) par Pierre-Emmanuel Dauzat, Paris, Plon, 412, [2] p.

FUKUYAMA, Francis (1995). « Social Capital and the Global Economy », *Foreign Affairs*, vol. 74, n° 5, p. 89-103.

GLAESER, Edward L. (2001). « The Formation of Social Capital », *Isuma, Revue canadienne de recherche sur les politiques*, numéro consacré au capital social, volume 2, n° 1, p. 34-40. www.isuma.net/v02n01/index_f.shtml

GROOTAERT, Christian (1997). « Social Capital: The Missing Link? », *Expanding the Measure of Wealth: Indicators of Environmentally Sustainable Development*, Washington, Banque mondiale.

HANCOCK, Trevor, et Ron LABONTÉ, avec la collaboration de Rick EDWARDS (1998). *Indicators that Count! Measuring Population Health at the Community Level*. Rapport non publié élaboré pour Santé Canada.

Horizons (2001), vol. 4, n° 1, numéro sur l'inclusion sociale. policyresearch.gc.ca/doclib/V4N1-Fr-Final.pdf

HOUSE, James S., Cynthia ROBBINS et Helen L. METZNER (1982). « The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study », *American Journal of Epidemiology*, vol. 116, n° 1, p. 123-140.

HYYPPÄ, Markku T., et Juhani MÄKI (2001). « Individual-Level Relationships between Social Capital and Self-Rated Health in a Bilingual Community », *Preventive Medicine*, vol. 32, n° 2, p. 148-155.

Isuma, Revue canadienne de recherche sur les politiques, numéro consacré au capital social, volume 2, n° 1, printemps 2001. www.isuma.net/v02n01/index_f.shtml

JEANNOTTE, M. Sharon (1997). *Recherche sur la cohésion sociale : Plan de travail*. Référence : SRA-266.

JENSON, Jane (1998). *Les contours de la cohésion sociale : l'état de la recherche au Canada*, étude des Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, n° F/03, 55p. www.cprn.com/rcrpp.html

JULIEN, Marie, Danielle JULIEN et Pierre LAFONTAINE (2001). « Environnement de soutien », *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 499-522. www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/e_soc-sante98_pdf.htm

KAWACHI, Ichiro, Bruce KENNEDY, Kimberley LOCHNER et Deborah PROTHROW-STITH (1997). « Social capital, income inequality and mortality », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 9, p. 1491-1498.

KAWACHI, Ichiro, Bruce KENNEDY et R. GLASS (1999). « Social capital and self-rated health: a contextual analysis », *American Journal of Public Health*, vol. 89, n° 8, p. 1187-1193.

KNACK, Stephen, et Phillip KEEFER (1997). « Does Social Capital Have an Economic Payoff? A Cross-Country Investigation », *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 112, n° 4, p. 1251-1288.

KREUTER, Marshall, Laura YOUNG et Nicole LEZIN (1998). *Measuring Social Capital in Small Communities*. Étude réalisée par Health 2000 Inc., d'Atlanta, en coopération avec la St. Louis University School of Public Health.

LABONTÉ, Ronald (1999). « Social capital and community development: Practitioner emptor », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 23, no 4, p. 430-433.

LANDRY, Réjean, Nabil AMARA et Moktar LAMARI (2001). « Capital social, innovation et politiques publiques », *Isuma, Revue canadienne de recherche sur les politiques*, numéro consacré au capital social, vol. 2, n° 1, p. 63-72.
www.isuma.net/v02n01/index_f.shtml

NARAYAN, Deepa, et Lant PRITCHETT (1998). « Cents and Sociability: Household Income and Social Capital in Rural Tanzania », *Economic Development and Cultural Change*, vol. 47, n° 4, p. 871-897.

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) (2001). *Le bien-être des nations : Le rôle du capital humain et social*, Paris, 136 p.

POPE, Jeanette (2000). « Social capital should not be incorporated into surveys designed to monitor population health », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 24, n° 3, p. 341.

PUTNAM, Robert (2001). « Social Capital: Measurement and Consequences », *Isuma, Revue canadienne de recherche sur les politiques*, numéro consacré au capital social, vol. 2, n° 1, p. 41-51.
www.isuma.net/v02n01/index_f.shtml

PUTNAM, Robert (2000). « Social Capital : Wildfire of Research », *The Ottawa Citizen*, mai.

PUTNAM, Robert (2000). *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*, New York, Simon & Schuster, 541 p.

PUTNAM, Robert (1996). « The Strange Disappearance of Civic America », *The American Prospect*, vol. 7, n° 24, p. 34-48.
www.prospect.org/print/V7/24/index.html

PUTNAM, Robert (1995). « Bowling Alone: America's Declining Social Capital », *Journal of Democracy*, vol. 6, n° 1, p. 65-78.
muse.jhu.edu/demo/journal_of_democracy/v006/putnam.html

PUTNAM, Robert (1993). « The Prosperous Community. Social Capital and Public Life », *The American Prospect*, vol. 4, n° 13, p. 27-40.
www.prospect.org/print/V4/13/putnam-r.html

PUTNAM, Robert, avec la collaboration de Robert LEONARDI et Raffaella Y. NANETTI (1993). *Making Democracy Work. Civic traditions in modern Italy*. Princeton, N.J., Princeton University Press, 1993, xv, 258 pages.

ROSS, Nancy (2001). Séminaire « L'inégalité des revenus comme déterminant de la santé de la population », organisé par le Groupe d'analyse et de modélisation de la santé, Statistique Canada, 6 avril.

SANTÉ CANADA (1999). *Pour un avenir en santé. Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Préparé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. xxii, 230 p.
www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/rapport/toward/index.html

SHARPE, Andrew (2000). *A Survey of Indicators of Economic and Social Well-being*. Document d'information rédigé pour les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, 73 p.

VAN ROOY, Alison (2001). Compte rendu du livre *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, de Robert Putnam, *Isuma, Revue canadienne de recherche sur les politiques*, numéro consacré au capital social, vol. 2, n° 1, p. 149-153.
www.isuma.net/v02n01/index_f.shtml

WILKINSON, Richard G. (1999). « Income inequality, social cohesion and health: clarifying the theory. A reply to Muntaner and Lynch », *International Journal of Health Services*, vol. 29, n° 3, p. 525-43.
www.worldbank.org/poverty/scapital/library/wilkins1.pdf

WILKINSON, Richard G. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Londres, New York, Routledge, xi, 255 p.

WOOLCOCK, Michael (1998). « Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework », *Theory and Society*, vol. 27, n° 2, p. 151-208.

WORSLEY, Anthony (2001). « Diet and hypertension in the Asia-Pacific region: a brief review », *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, vol. 10, n° 2, p. 97-102.

Sites Internet liés au capital social

Banque mondiale, site du PovertyNet consacré au capital social :
worldbank.org/poverty/scapital/index.htm (en anglais)

Développement des ressources humaines Canada, Division de la recherche appliquée, *Prévention de l'exclusion et réduction de la pauvreté* :
www.hrdc-drhc.gc.ca/arb/publications/research/exclusion_f.shtml

Engendrer la cohésion sociale : www.fas.umontreal.ca/pol/cohesionsociale

GPI Atlantic — Genuine Progress Index for Atlantic Canada : www.gpiatlantic.org/ (en anglais)

Isuma, Revue canadienne de recherche sur les politiques (numéro consacré au capital social) :
www.isuma.net/v02n01/index_f.shtml

Pembina Institute (Alberta Sustainability Trends 2000) :
www.pembina.org/publications_item.asp?id=34 (en anglais)

Projet de recherche sur les politiques : recherchepolitique.gc.ca

Santé Canada : www.hc-sc.gc.ca

Social Indicators Launchpad (accès à plusieurs sites de recherche) : www.ccsd.ca/lp.html (en anglais)

Annexe A

Groupes de recherche et études liés à la problématique du capital social au Canada

Les partenariats de recherche entre le secteur public (décideurs et chercheurs), les centres de recherche universitaires, les centres de recherche privés et le secteur communautaire se sont intensifiés au cours des deux dernières années. Signalons, à titre d'exemple, les Alliances de recherche universités-communautés ou le rapprochement entre les chercheurs universitaires et les chercheurs en politiques qui œuvrent dans les milieux gouvernementaux. Nous avons répertorié ci-dessous certains de ces partenariats dans le domaine de la recherche sur le capital social.

Le Réseau de la cohésion sociale

Le sous-comité de recherche sur les politiques en matière de cohésion sociale a été créé en 1996 dans le cadre des trois axes de recherche du Projet de recherche sur les politiques (PRP) lancé par le gouvernement de Canada[1]. Le PRP vise à renforcer la capacité de recherche en matière de politiques au Canada.

Depuis 1997, le sous-comité, rebaptisé Réseau de la cohésion sociale, regroupe 23 ministères et organismes. Ses membres ne disposent que d'une capacité limitée pour réaliser des recherches horizontales de pointe, mais ils ont contribué à une meilleure compréhension du phénomène[2]. Les trois grands thèmes du Réseau sont :

- les lignes de faille;
- les axes d'identification à la collectivité;
- les répercussions sur la cohésion sociale.

Signalons qu'un rapport sur les indicateurs de la cohésion sociale a été élaboré par le Réseau en collaboration avec le Conseil canadien de développement social[3].

Recherches financées par Santé Canada[4]

Bibliographie annotée des indicateurs portant sur les déterminants de la santé

Il s'agit d'une bibliographie établie en 1999 pour les bureaux régionaux de l'Atlantique et du Manitoba/Saskatchewan de la Direction de la promotion et des programmes de santé (maintenant la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique). Ce document constitue la première étape de l'élaboration d'un système d'évaluation de l'incidence du travail de ces divisions. Bien que, au départ, la bibliographie ait été destinée à un usage interne, elle a été, par la suite, mise à jour et rendue publique. On peut la consulter sur Internet à l'adresse www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/determinants/

---

[1] Les deux autres axes de recherche sont les liens nord-américains et le développement durable.

[2] Le Réseau organise une conférence annuelle. Celle de 2001 s'est tenue en décembre sous le thème « Rassembler les communautés ».

[3] Canadian Council on Social Development (2000). *Social Cohesion in Canada: Possible Indicators*. Rapport élaboré pour le Réseau de la cohésion sociale, Patrimoine canadien (Recherche stratégique et analyse) et Justice Canada (Division de la recherche et de la statistique).

[4] Ces recherches sont consultables sur le site Internet de Santé Canada, à l'adresse www.hc-sc.gc.ca

Projet de la Fédération canadienne des municipalités

Dans le cadre de son projet sur la qualité de vie, la Fédération canadienne des municipalités (FCM) a élaboré un ensemble d'indicateurs pour mesurer la qualité de vie dans les villes du Canada. La FCM voulait ainsi obtenir une image globale des conditions de vie dans ces agglomérations et déterminer les tendances et les enjeux qui pourraient échapper aux méthodes conventionnelles d'évaluation des conséquences des politiques publiques. En collaboration avec une équipe de responsables de 16 municipalités participantes à l'échelle du pays, la FCM a établi un ensemble d'indicateurs pour mesurer le bien-être des collectivités. Ces indicateurs sont :

- l'abordabilité de la collectivité;
- la qualité de l'emploi;
- la qualité des logements;
- la santé communautaire;
- la sécurité communautaire;
- le niveau de stress;
- la participation communautaire;
- les ressources de la population.

Le sondage sur le capital social de l'Université de la Colombie-Britannique

Les professeurs John Helliwel et Richard Johnston, respectivement du Département d'économie et du Département de science politique de l'Université de la Colombie-Britannique, ont entamé en 2000 la première phase d'un sondage sur le capital social. Il s'agit d'une volumineuse enquête qui comporte 15 modules de questions relatives

- au soutien social (famille, amis et voisins);
- à la sécurité économique;
- à la confiance et à l'efficacité;
- au travail bénévole;
- à la participation politique;
- au revenu et à l'emploi;
- à la santé, au bien-être et aux soins aux enfants;
- à l'utilisation des médias;
- aux groupes ethniques, à la religion et aux variables démographiques.

La deuxième phase de ce sondage, prévue pour 2002, portera sur un échantillon de 4 000 personnes et sur un échantillon superposé de néo-Canadiens établis à Vancouver, Toronto et Montréal.